

 UNIVERSITEITS
bibliotheek
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

**SAMENWERKING TUSSEN EERSTE EN
TWEEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG TE
HOOGVEEN**

inventarisatie van knelpunten

definitieve versie

**m.a.a. swinkels
j.p. dopheide
juni 1982**



Additional copies of this report
may be obtained from the
National Technical Information Service
NTIS PB 80-100-000

INHOUDSOPGAVE	Blz.
Voorwoord	1
1. Inleiding: aanleiding tot dit onderzoek en samenvatting van de voorafgaande gebeurtenissen	2
2. Probleemstelling	7
3. Gegevensverzameling	11
3.1. Methoden van gegevensverzameling	11
3.2. De interviews	14
3.3. De schriftelijke enquêtes	16
4. De samenwerking tussen eerste en tweede lijn	17
4.1. Inleiding	17
4.2. De samenwerking tussen huisartsen en medische staf	20
4.3. De samenwerking tussen andere eerstelijns hulpverleners en de tweede lijn	24
5. De samenwerking binnen de eerste resp. de tweede lijn	27
5.1. Inleiding	27
5.2. Het overleg binnen de eerstelijns disciplines afzonderlijk	28
5.3. Samenwerkingsrelaties binnen de eerstelijns gezondheidszorg in de kom Hoogeveen	34
5.3.1. Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden	34
5.3.2. Samenwerkingsrelaties tussen twee disciplines	35
5.4. Samenwerkingsrelaties binnen de eerstelijns gezondheidszorg in de buitendorpen	38
5.5. Samenwerkingsrelaties binnen de tweede lijn	39
6. Financiële gevolgen van de samenwerking binnen de gezondheidszorg in de regio Hoogeveen	40
6.1. Inleiding	40
6.2. Financiële gevolgen voor het ziekenhuis (A. Brouwer/NZI)	41
6.2.1. Klinische bedbezetting	41
6.2.2. Polikliniekbezoek	43
6.2.3. Paramedische afdelingen	44
6.2.4. Financiële gegevens	46
6.2.5. Samenvatting van de produktie- en de kostencijfers	48
6.2.6. Financiële gevolgen van de samenwerking tussen 1e en 2e lijn	48
6.3. Subjectief ervaren financiële knelpunten voor huisartsen en specialisten	49

	Blz.
6.4. Financiële gevolgen van de samenwerking voor de stads- apothekers	53
6.5. Conclusie	54
7. Knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en specialisten	55
7.1. Inleiding	55
7.2. Kosten en baten	55
7.3. Het normatieve perspectief	56
7.4. Taakafbakeningsproblemen	57
7.5. Individuele motivatie	63
7.6. Conclusie	64
8. Overige knelpunten tussen eerste en tweede lijn en knel- punten binnen de eerste lijn	65
8.1. Inleiding	65
8.2. Knelpunten in de samenwerking tussen eerstelijns werkers, exclusief huisartsen en de tweede lijn	65
8.3. Knelpunten binnen de eerste lijn	65
9. Voorwaarden voor een experiment met integrale financiering van voorzieningen (P.H.J. Bucking en R.L. Kamermans)	70
9.1. Inleiding	70
9.2. Inhoud en doel van het experiment	70
9.3. Voorwaarden voor het experiment	73
9.4. De situatie in Hoogeveen	75
9.5. Conclusie	76
10. Samenvatting en discussie	78
Literatuurlijst	83
Bijlage 1	86

VOORWOORD

In dit rapport wordt een inventarisatie gemaakt van de door de hulpverleners in en rond Hoogeveen ervaren 'knelpunten' in de onderlinge samenwerking. Deze inventarisatie is verricht in opdracht en met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

Het onderzoek als geheel is uitgevoerd door het Nederlands Huisartsen Instituut; voor afzonderlijke delen is de hulp ingeroepen van deskundigen verbonden aan andere instituten: de paragraaf over financiële problematiek betreffende samenwerking tussen eerste en tweede lijn is geschreven door A. Brouwer (Nationaal Ziekenhuis Instituut), terwijl P.H.J. Bücking en R.L. Kamermans, beiden werkzaam op het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg/TNO, het hoofdstuk over een experiment met regionale financiering van gezondheidszorgvoorzieningen voor hun rekening hebben genomen.

HOOFDSTUK 1 INLEIDING: AANLEIDING TOT DIT ONDERZOEK EN SAMENVATTING VAN DE VOORAFGAANDE GEBEURTENISSEN

Rond het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen is sinds het einde van de jaren zestig sprake van een intensieve samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. De geschiedenis van dit proces, dat door de betrokken hulpverleners en door degenen die over de Hoogeveense situatie hebben geschreven wordt aangeduid als 'integratie' van eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, is elders beschreven (Dopheide, De Cock en Witte, 1978). Om het onderzoek, waarvan de resultaten in het onderhavige rapport worden weergegeven, enigszins in een context te kunnen plaatsen, zullen we de aanleiding tot het onderzoek van 1978 en de resultaten daarvan nog eens kort weergeven.

1970 was een belangrijk jaar voor zowel Bethesda als de regio, aangezien toen een nieuw ziekenhuis werd geopend met een sterk vergrote capaciteit (van 207 naar 307 bedden). De volgende in onze ogen zeer belangrijke gebeurtenis was, in 1973, de oprichting van het zogenaamde 'Huisartsenberaad'. Bij een aantal huisartsen leefde de wens gebruik te kunnen maken van een aantal diagnostische faciliteiten in het ziekenhuis; het ziekenhuis stelde als voorwaarde voor inwilliging van die wens het tot stand komen van een 'adres', waar de huisartsen als groep bereikbaar waren en konden worden benaderd. In een wat meer speculatieve benadering van de gebeurtenissen te Hoogeveen hebben Dopheide en v.d. Zee (1980) de oprichting en het functioneren van dit huisartsenberaad geïnterpreteerd als een collectieve bezinning op de taak van de huisarts, waarbij bewust gestreefd werd naar een versterking van de eerste lijn. Hoe dan ook: de oprichting van het huisartsenberaad werd gevolgd door een spectaculaire daling van het verwijscijfer van de Hoogeveense huisartsen: van 53 naar 44 %, (1973-1974). Deze ontwikkeling wordt in het rapport van 1978 overigens wel wat gerelativeerd, omdat analyse van verwijscijfers over wat langere termijn (1966-1977) aantoonde dat de uitbreiding van de ziekenhuiscapaciteit het verwijscijfer omhoog gejaagd had van 46 % naar 55 % (1970-1971), waarmee Hoogeveen in verhouding tot andere, redelijk vergelijkbare plaatsen aan de zeer hoge kant zat. Toch kan het feit dat een groep huisartsen zich weet te onttrekken aan de zuigende werking van een ziekenhuis (men zegt wel dat in de gezondheidszorg het aanbod de vraag

bepaalt), als een duidelijk voorbeeld gelden van de sinds de Structuurnota van Hendriks (1974) alom beleden versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Ook door de werkers in Hoogeveen was dit al verwoord in de door hulpverleners uit verschillende echelons samengestelde syllabus 'Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg in de praktijk gebracht te Hoogeveen'(oktober 1977): *'Het beleid is er voortdurend op gericht geweest activiteiten uit de kliniek over te brengen naar de polikliniek en poliklinisch behandelde patiënten in handen van de huisarts te laten. Dit heeft uiteraard ook zijn invloed op het aantal polikliniekbezoeken. Hoewel vanaf 1970 aanvankelijk een stijging van het aantal polikliniekbezoeken werd waargenomen, is na 1972 een sterke daling opgetreden (....) De huidige structuren in de gezondheidszorg kunnen het gevoerde beleid niet ondersteunen (....). Indien deze structuren niet gewijzigd worden, zal het financieel onmogelijk zijn dit beleid, dat in overeenstemming is met de Structuurnota Gezondheidszorg, verder uit te voeren.'*

In deze passages klinkt al een zekere bezorgdheid door wat betreft de financiële haalbaarheid van het continueren van het integratieproces.

Van de zijde van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, geconfronteerd met deze bezorgdheid, werd gesteld dat er, voordat verdere maatregelen genomen zouden kunnen worden, behoefte bestond aan nader inzicht in de ontwikkelingen te Hoogeveen. Bij brief van 19 juni 1978 werd door de staatssecretaris dan ook aan het Nederlands Huisartsen Instituut, het Nationaal Ziekenhuis Instituut en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO officieel verzocht het project Hoogeveen in studie te nemen, nadat als gevolg van mondelinge afspraken deze instituten in januari van dat jaar reeds met een onderzoek waren begonnen. De doelstellingen van het onderzoek werden door het departement als volgt geformuleerd:

1. *Een meting van de effecten van de samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg in Hoogeveen op de uitgeoefende vraag, de kwaliteit van de zorg, de organisatie, de personeelsvoorziening, de kosten en de doorberekening daarvan, en de financiering. Deze effectmeting sluit in de evaluatie van het in het ziekenhuis Bethesda bestaande diagnostisch centrum, zoals bedoeld in het rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid 1975.*

2. *Signalering van de problemen die het gevolg zijn van de realisering van de samenwerking eerste- en tweedelijsgezondheidszorg, zoals onder woorden gebracht in de Structuurnota, en in de praktijk ten uitvoer gelegd in Hoogeveen en, indien daartoe noodzaak blijkt te bestaan, het ontwerpen van voorstellen voor een positief voorwaardenscheppend beleid op het gebied van tarie tarifiering en financiering.*
3. *Het aangeven van de voorwaarden waaronder de integratie naar het 'model' Hoogeveen elders kan worden toegepast.*

Aan het uiteindelijke onderzoek diende een vooronderzoek vooraf te gaan, waarvan de doelstellingen omschreven werden als:

- *een globale verificatie van de conclusies van het rapport 'Samenwerking eerste- en tweedelijsgezondheidszorg in de praktijk gebracht in Hoogeveen';*
- *het opstellen van een methode voor het onderzoek, zoals aangegeven in de eerste doelstelling.*

De resultaten van het vooronderzoek verschenen in het reeds genoemde rapport 'Vooronderzoek integratie eerste- en tweedelijsgezondheidszorg te Hoogeveen' (1978). In dit rapport wordt gepoogd de effecten van het integratieproces vast te leggen door het analyseren van materiaal over de periode 1970-1977 (voor sommige gegevens iets langer, voor andere iets korter). Het vastleggen van de effecten wordt gecentreerd rond een aantal thema's, zijnde 'patiëntenstromen' (veranderingen in verwijscijfers, eerste- en herhalingsbezoeken aan de polikliniek, opnamen en verpleegdagen), 'geneesmiddelenconsumptie' (veranderingen in hoeveelheid en prijs van de voorgeschreven geneesmiddelen), en 'diagnostische hulpmiddelen' (gebruik van de röntgenkamer door huisartsen, waarbij de vraag gesteld werd of de stijging van de aantallen röntgenverrichtingen als oorzaak van het gedaalde verwijscijfer kon worden beschouwd en/of geresulteerd had in een 'gerichtere' verwijzing naar de tweede lijn).

Het rapport komt tot de volgende conclusie (p. 89):

'Uit het vooronderzoek zijn - met uitzondering van de veranderingen in de verwijsperscentages van de huisartsen - (wij hebben hierboven al enige aandacht daaraan geschonken) geen concrete aanwijzingen naar voren gekomen welke erop wijzen dat de in Hoogeveen in gang gebrachte samenwerking tussen eerste- en tweedelijsgezondheidszorg reeds tot tastbare resultaten heeft geleid. Anders gesteld, de kwantitatieve gegevens welke over de

afgelopen jaren beschikbaar zijn, geven in het algemeen geen aanleiding de situatie in Hoogeveen als uitzonderlijk te kenschetsen.

Daarmee wil niet gezegd zijn dat de in Hoogeveen gerealiseerde vormen van samenwerking tussen eerste- en tweede lijn niet tot de beoogde effecten kunnen leiden, maar wel, dat op dit moment geen aanwijsbare samenhang is te leggen tussen enerzijds ontwikkelingen welke op het terrein van de gezondheidszorg in Hoogeveen in de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden en anderzijds de samenwerking welke tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg is ontwikkeld. Een en ander houdt in dat verwacht moet worden dat meting van de effecten van de samenwerking, zoals oorspronkelijk als doelstelling van het definitieve onderzoek geformuleerd op basis van het materiaal, dat over de afgelopen jaren beschikbaar is, niet mogelijk zal zijn. Daarbij speelt mede een rol dat tot heden weinig aandacht is besteed aan een op de samenwerking afgestemde, consequente en systematische vastlegging van gegevens, waardoor de voor het onderzoek benodigde specifieke informatie veelal ontbreekt. Materiaal in de vorm van parameters als bijvoorbeeld aantal verpleegdagen, gemiddelde verpleegduur, aantal polikliniekbezoeken e.d. per specialisme is te algemeen om bruikbaar te zijn voor het checken van en het leggen van relaties tussen bepaalde ontwikkelingen.'

De uitkomst van dit vooronderzoek was reden om de doelstellingen van het oorspronkelijk voorgenomen onderzoek opnieuw te bezien.*

Vier alternatieven werden door het Ministerie genoemd om op het vooronderzoek te laten volgen: (zie Hoofdpijnen van het onderzoekprogramma eerstelijnsgezondheidszorg, STABO, 1979):

- a) Er wordt geen vervolgonderzoek verricht, onder meer omdat het effect van de samenhang tot nu toe niet uit onderzoeksgegevens valt af te leiden. Hieraan moet worden toegevoegd dat het vooronderzoek van zeer beperkte omvang was.
- b) De bestaande situatie van de samenwerking in Hoogeveen wordt in kaart gebracht en de knelpunten geïnventariseerd, inclusief de financiële. Met name zal hierbij onderzocht moeten worden wat van de eerder voor-

*Het onderdeel betreffende het 'diagnostisch centrum' was langzamerhand achterhaald, daar in 1979 het ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht een experiment met een diagnostisch centrum begonnen was. De gebeurtenissen aldaar zijn elders uitvoerig beschreven (Wijkkel en v.d. Grijn, 1982).

gestelde plannen tot samenwerking terecht gekomen is. Op basis van de verzamelde gegevens in dit onderzoek, dat van betrekkelijk korte duur kan zijn, worden aanbevelingen gedaan.

c) De bestaande situatie van de samenwerking wordt eveneens als uitgangspunt gekozen en de effecten ervan op van te voren vastgestelde parameters van medische consumptie worden in de tijd (enige jaren) gevolgd.

d) Rekening houdend met de bestaande situatie van de samenwerking wordt een meer ideaal model van regionale samenhang ontwikkeld, dat gedurende een aantal jaren in een experimentele situatie toegepast en getoetst kan worden. Voordeel is dat hierbij duidelijk een gewenste toekomstige ontwikkeling wordt nagestreefd.

Dit model kan betrekking hebben op het geheel van de voorzieningen of op onderdelen daarvan. (.....) De concrete opdracht betreft allereerst de gegevensverzameling genoemd onder punt 4b. Vervolgens kan afhankelijk van de uitkomsten hiervan en het overleg met Hoogeveen gekozen worden voor de werkzaamheden sub. 4c en 4d.'

In november 1979 werd door NHI, NZI en NIPG een onderzoeksvoorstel als bedoeld sub b) ingediend, dat in principe de goedkeuring van het Ministerie verkreeg. Door omstandigheden kon pas in maart 1981 aan het NHI een officiële onderzoeksopdracht worden verstrekt, in de volgende bewoordingen: 'Met het Huisartsenberaad Hoogeveen e.o. en het Bestuur, de Directie a.i. en de Medische Staf van ziekenhuis Bethesda is overeengekomen de bestaande samenwerking in de regio Hoogeveen, zowel binnen de eerstelijnsgezondheidszorg als tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, door te lichten en vervolgens met deskundige ondersteuning verder te ontwikkelen door middel van:

- a) het instellen van een inventariserend onderzoek naar de knelpunten ten aanzien van de bestaande samenwerkingsstructuur, onderscheiden naar aspecten betreffende de hulpverlening, alsmede organisatorische, financiële en procedurele aspecten, gevolgd door:
- b) Een project betreffende de samenhang van voorzieningen in het kader van het Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg, rekening houdend met de bestaande samenwerking in Hoogeveen en de uitkomsten van de knelpunteninventarisatie, en waarvan een experiment met integrale financïering van voorzieningen onderdeel vormt.

Aan de start van het sub. b. genoemde project wordt de introductie van een experiment met integrale financiering als voorwaarde verbonden.'

Per 1 augustus 1981 werd met het onderzoek begonnen, voor de duur van 9 maanden. Met het NZI en het NIPG werd afgesproken dat deze instituten op uurbasis mankracht ter beschikking zouden stellen van het onderzoek op de terreinen waarop deze instellingen bij uitstek deskundig zijn, namelijk de financiële aspecten van de samenwerking en, vooruitkijkend naar het in de opdrachtbrief genoemde experiment met integrale financiering, de problematiek van regionale samenhang en financiering.

HOOFDSTUK 2 PROBLEEMSTELLING

Bij het nader formuleren van de probleemstelling dient allereerst geconstateerd te worden dat het inventariseren van knelpunten in de samenwerking pas zinvol kan geschieden als duidelijk is tussen welke hulpverleners er überhaupt sprake is van enige vorm van samenwerking. Daarom zal, voordat een beschrijving gegeven wordt van de knelpunten, een overzicht gegeven worden van de bestaande samenwerkingsrelaties in en rond Hoogeveen.

Daarna volgt een analyse van de knelpunten binnen de verschillende samenwerkingsvormen. Deze zijn, evenals de samenwerkingsrelaties, door middel van telefonische interviews (zie hieronder) geïnventariseerd, waarbij op de volgende aspecten de aandacht werd gericht:

- de bestaande samenwerkingsafspraken/-intenties;
- de feitelijke samenwerking;
- de mate waarin de feitelijke samenwerking achter blijft bij het nagestreefde niveau;
- de mate waarin een bestaand niveau van samenwerking in de nabije toekomst dreigt terug te lopen;
- de factoren die het achterblijven c.q. de voorziene teruggang in de samenwerking kunnen verklaren.

Daar onze belangstelling vooral uitgaat naar de relatie tussen eerste en tweede lijn, en daarin met name die tussen huisarts en specialist, is aan deze samenwerking en vooral de knelpunten die daarbij optreden extra aandacht besteed. De weg die wij voor de 'knelpunten' daartoe bewandeld

hebben, zal hieronder uiteengezet worden.

- 1) Gelet op de voorgeschiedenis van het project (en op de onderzoeksopdracht) werd met behulp van secundair materiaal gepoogd na te gaan in hoeverre de veronderstelde financiële problemen inderdaad zouden kunnen worden opgevat als gevolgen van het integratieproces. Daarnaast is, voor het geval zou komen vast te staan dat financiële knelpunten minder sterk aanwezig waren of niet een gevolg van de samenwerking zouden kunnen worden geacht, nagegaan of niettemin bij huisartsen en specialisten de indruk bestaat dat de samenwerking financieel nadelige consequenties heeft voor het ziekenhuis dan wel voor henzelf.
- 2) Door De Greve en Vrakking (1982) is een aantal factoren aangeduid die van belang zijn bij het tot stand komen c.q. voortbestaan van samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn. Deze factoren (door de Greve en Vrakking aangeduid als 'fenomenen') zijn, voor zover van toepassing op de Hooγεveense situatie, benut om wat gerichter de bestaande knelpunten op te sporen. De onderscheiden fenomenen zijn:
 - het ruilfenomeen: samenwerking komt tot respectievelijk blijft in stand als beide partijen schatten meer 'opbrengsten' aan de samenwerking over te houden dan er 'kosten' in worden gemaakt. Daarbij moet niet alleen aan materiële zaken worden gedacht, maar ook aan immateriële zaken als status, kennis, invloed, verzekerde aanvoer van patiënten (baten) en tijd, verminderde behandelvrijheid, kwetsbaarheid (kosten). Een probleem bij het hanteren van een ruiltheorie ter verklaring van samenwerking is de moeilijkheid de relevante kosten en baten te wegen, vooral de immateriële. Het resultaat is al gauw een 'blijkbaar'-redenering: 'blijkbaar' is de ruilbalans voor beide partijen positief (anders zou men niet samenwerken). Dit probleem is in ons geval op te lossen door kosten en baten van huisartsen en specialisten onderling te vergelijken, zodat in elk geval duidelijk wordt of de kosten respectievelijk baten van de ene groep die van de andere overstijgen.
 - het normatieve fenomeen: samenwerking komt tot stand als bepaalde samenwerkingspartners een beroep doen op externe, algemeen erkende normen en waarden, in de verwachting dat de wederpartij zich daaraan niet zal kunnen of willen onttrekken. De laatste jaren leeft steeds meer het idee (in, maar zeker ook buiten de kring van directe

hulpverleners) dat samenwerking tussen eerste en tweede lijn een noodzakelijke voorwaarde is voor een goede gezondheidszorg. Verwijzing naar deze norm kan de partner 'dwingen' tot samenwerken, en kan bovendien de eigen motivatie tot samenwerken versterken.

- het individuele motivatiefenomeen: samenwerking wordt ondernomen omdat één of meer personen daarvoor sterk gemotiveerd zijn om welke reden dan ook. Deze personen stellen zich op als overtuigende verkondigers van het samenwerkingsideaal. Dat zij daarin zelf geloven is in hun optreden van groter belang dan meningen van anderen. Het geloof in de eigen overtuigingskracht overheerst. Deze overtuiging kan gegrond zijn op zeer verschillende overwegingen: maatschappelijke, politieke of patiëntgerichte, maar ook kan de motivatie voortspruiten uit de behoefte de eigen positie veilig te stellen, of zichzelf te ontplooien, of een leidende rol te gaan vervullen.
- het machtsafhankelijkheidsfenomeen: de samenwerking wordt in deze theorie verklaard uit bestaande machtsrelaties van waaruit samenwerking kan worden afgedwongen. In de praktijk blijkt de samenwerking toch veelal te berusten op vrijwillige deelname. Deze vrijwilligheid is echter wel ingegeven door een beïnvloedbare afhankelijke positie. In dit onderzoek hebben we van deze benadering geen gebruik gemaakt. Er is in Hoogeveen slechts één ziekenhuis, zodat de huisartsen weinig machtsmiddelen hebben om samenwerking af te dwingen (bijv. door hun patiënten naar een ander ziekenhuis te verwijzen), dit ondanks het feit dat het ziekenhuis Bethesda voor zijn patiënten grotendeels afhankelijk is van de Hoogeveense huisartsen en dus voor een dergelijk dwangmiddel wel zeer gevoelig zou zijn.

Als we de vier 'fenomenen' overzien is duidelijk dat ze als 'theorie van het menselijk handelen' nogal gebrekkig zijn en een geringe verklaringskracht hebben* (dat geldt met name voor het individuele motivatiefenomeen: iemands handelen verklaren vanuit zijn individuele motivatie is weinig verhelderend). Niettemin kunnen zij wel behulpzaam zijn bij een inventarisatie van problemen in de samenwerking.

*Ze zijn ook geenszins als zodanig door De Greve en Vrakking bedoeld.

- 3) Uit verschillende onderzoeken (zie bijvoorbeeld de resultaten van Wijkel en Van der Grijn rond het Diagnostisch Centrum Oudenrijn) blijkt dat een duidelijke onderlinge taakafbakening tussen huisarts en specialist een essentiële voorwaarde is voor een goede samenwerking. Samenwerken houdt in dat huisartsen en specialisten samen de patiënt behandelen en de verantwoordelijkheid in zekere mate delen. Dit betekent dat er een goede onderlinge taakverdeling zal moeten komen. Het is niet ondenkbaar dat daarbij problemen zullen rijzen. Daarom is voor een aantal zaken op het grensvlak van huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde nagegaan hoe huisartsen en specialisten hun eigen en elkaars taak op dat gebied zien.

Naast de vragen die hierboven (op pagina 7) reeds geformuleerd zijn ten aanzien van alle samenwerkingsrelaties, kunnen dus ten aanzien van de samenwerking tussen huisarts en specialist nog de volgende vragen gesteld worden:

- Heeft de samenwerking voor huisarts, specialist of ziekenhuis aantoonbare negatieve financiële consequenties, en zo nee, laten huisarts en specialist zich bij hun handelen wellicht tóch mede leiden door de gedachte dat verdergaan met de samenwerking voor huisarts, specialist of ziekenhuis financieel onaantrekkelijk is?
- In hoeverre verschillen huisartsen en specialisten in de door hen gepercipieerde kosten en baten van de samenwerking, in hun normatief perspectief ten aanzien van samenwerken, en in hoeverre speelt de individuele motivatie van enkele personen een rol bij het tot stand komen van c.q. het optreden van knelpunten in de samenwerking?
- In hoeverre zijn huisartsen en specialisten erin geslaagd een goede onderlinge taakafbakening te vinden?

Roepen we de in de opdrachtbrief verwoorde aspecten van de knelpunten (financiële, organisatorische, procedurele, en knelpunten in de hulpverlening) nog eens in herinnering, dan zijn met het bovenstaande de eerste drie aspecten redelijk in kaart gebracht. Knelpunten in de hulpverlening (niet zijnde knelpunten in de organisatorische of procedurele kanten van de hulpverlening) laten zich minder gemakkelijk opsporen: voor een volledig beeld zou de patiënt gevraagd moeten worden welke tekorten hij in de

hulpverlening ervaart. Om redenen van efficiency hebben wij ons ertoe beperkt de hulpverleners te vragen in hoeverre de door hen ervaren knelpunten in de samenwerking ook door de patiënten als tekorten in de zorg worden ervaren.

HOOFDSTUK 3 GEGEVENSVERZAMELING

3.1. Methoden van gegevensverzameling

De gegevens ten behoeve van dit onderzoek zijn met behulp van de volgende middelen verzameld:

- 1) interviews;
- 2) schriftelijke enquêtes en
- 3) analyses van secundair materiaal.

ad 1) Uit efficiency-overwegingen is de keuze gevallen op het telefonische interview. De leden van de medische staf (37) gaven er de voorkeur aan mondeling geïnterviewd te worden, wat ook geschiedde. Alle huisartsen (25), stadsapothekers (3)*, wijkverpleegkundigen (20)**, maatschappelijk werkenden (15)***, en verloskundigen (6) in de regio Hogeveen**** zijn voor deze telefonische interviews benaderd.

De huisartsen, apothekers en de drie maatschappelijk werkenden in dienst van de gemeente, alsook de maatschappelijk werker van het ziekenhuis Bethesda, hebben zonder meer hun medewerking verleend. De maatschappelijk werkenden van de Stichting voor maatschappelijk werk Midden en Zuid Drenthe (10) zijn werkzaam in vijf home-teams en hebben er de voorkeur aan gegeven om per home-team één maat-

*In feite zijn er momenteel vier apothekers werkzaam in de regio. Aan- gezien één van de apothekers zich pas enkele maanden geleden heeft gevestigd in Hollandscheveld, is hij niet in het onderzoek opgenomen.

**Inclusief de hoofdwijkverpleegkundige.

***Inclusief de coördinator van de Stichting voor maatschappelijk werk Midden en Zuid Drenthe.

****De regio Hogeveen omvat in dit rapport de plaatsen waar leden van het Huisartsenberaad Hogeveen en omstreken praktizeren, zijnde de kom Hogeveen en de plaatsen Hollandscheveld, Elim, Noordse Schut, Nieuweroord en Zuidwolde (zie figuur 1).

FIGUUR 1: DE REGIO HOOGEVEEN



schappelijk werkende te laten interviewen en daarnaast hun coördinator. Van de verloskundigen hebben er twee (één uit Hoogeveen en één uit het ziekenhuis) niet deelgenomen aan het onderzoek.

Bij de wijkverpleging is de bereidheid om mee te werken minder groot bevonden. Van de 20 wijkverpleegkundigen in de regio hebben er slechts 13 meegedaan. De benadering van de vijf wijk-ziekenverzorsters heeft zowel bij hen zelf als bij de hoofdwijkverpleegster nogal wat weerstand opgeroepen. Het blijkt dat de ziekenverzorgsters zelf nooit contacten mogen onderhouden met andere hulpverleners. Deze dienen altijd te lopen via de wijkverpleegkundigen. Vandaar dat de ziekenverzorgsters bij nader inzien niet in het onderzoek zijn betrokken.

Uit de groep fysiotherapeuten zijn alleen de houders van de praktijken respectievelijk de hoofden van de fysiotherapie-afdeling van het ziekenhuis en het verpleegtehuis telefonisch geïnterviewd.

Om een beeld te krijgen van de samenwerkingsrelaties die de gezinszorg en het Drents Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (DCGG) onderhouden, is de coördinator respectievelijk een vertegenwoordiger geïnterviewd. In overleg met een van de directieleden van het Hoogeveense ziekenhuis Bethesda is besloten om de leden van de medische staf (37) van dit ziekenhuis mondeling te interviewen.

Zowel deze mondelinge alsook de telefonische interviews hebben plaatsgevonden aan de hand van een interviewschema. Hierop zal in de volgende paragraaf worden ingegaan.

Voor de overzichtelijkheid zijn hierbij de aantallen hulpverleners per discipline voor de kom Hoogeveen en voor het buitengebied in tabelvorm nogmaals weergegeven. Tevens werden gesprekken gevoerd met de directieleden van het ziekenhuis Bethesda, de adviserend geneeskundige en controlleur van het ziekenfonds DNO en de wethouder volksgezondheid van de gemeente Hoogeveen.

Tabel 1 De aantallen hulpverleners per discipline voor de kom Hogeveen en voor het buitengebied

	Hogeveen		Buitengebied	Waarvan geïnterviewd
	Ziekenhuis/Verpleeghuis	Kom		
Huisartsen		18	7	25
Apothekers		3		3
Wijkverpleegkundigen		11	9	13
Maatsch. werkenden	1	14*		9
Verloskundigen	3	2	1	4
Hoofden van fysiotherapiepraktijken	2	5	4	11
Medische stafleden	37			32

*De maatschappelijk werkenden zijn ondergebracht bij de gemeente respectievelijk de Stichting voor maatschappelijk werk Midden en Zuid Drenthe te Hogeveen, maar zijn niet uitsluitend werkzaam in de kom Hogeveen.

ad 2) Daar we vooral geïnteresseerd zijn in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn, zijn aanvullende gegevens over deze samenwerking verzameld door aan de huisartsen en de specialisten van het ziekenhuis nog een schriftelijke enquête te zenden. Op deze enquête zal in paragraaf 3.3. worden teruggekomen.

ad 3) Als secundair materiaal is gebruik gemaakt van jaarverslagen van het ziekenhuis, notulen van verschillende overlegorganen, ziekenfondsgegevens en gegevens van het NZI.

3.2. De interviews

Het is de bedoeling door middel van de telefonische en mondelinge interviews achter de aard te komen van de in de loop der jaren zeventig tot stand gekomen samenwerkingsrelaties tussen genoemde hulpverleners in de eerste lijn alsook tussen eerste en tweede lijn en de knelpunten daarbinnen.

Zoals reeds vermeld zijn deze interviews gestructureerd door middel van een vragenschema. Voor een overzicht van dit schema kan worden verwezen naar bijlage 1. In het onderstaande zal slechts een korte typering ervan worden gegeven.

De eerste serie vragen is bedoeld om achter het karakter van de bestaande samenwerkingsrelaties te komen.

- Betreft het continue of niet-continue samenwerkingen?
- Berusten ze op formeel gemaakte afspraken?
- Gaat het om samenwerkingsrelaties die worden onderhouden ten behoeve van bepaalde patiënten/cliënten of komt de meer algemene zorgverlening aan de orde? Bij dit laatste kan onder andere worden gedacht aan samenwerkingsrelaties betreffende de gemeenschappelijke behandeling van bepaalde categorieën patiënten/cliënten of juist de verdeling van deze behandeling, de opstelling naar andere zorgverleners en/of het ziekenhuis en de gemeente.
- Onderhoudt men telefonisch contact of ontmoet men elkaar op vergaderingen/besprekingen of op koffie-uurtjes?
- Ook is getracht door middel van een tweetal vragen erachter te komen wanneer de samenwerking is gestart en op initiatief van wie. Voor veel hulpverleners blijken deze vragen moeilijk te beantwoorden te zijn: ze hebben daarom geen bruikbare antwoorden opgeleverd.

De volgende vragen gaan dieper in op die vormen van overleg die gestructureerd worden door vergaderingen respectievelijk besprekingen.

- Worden de vergaderingen/besprekingen op vaste tijdstippen gehouden?
- En hoe frequent?
- Vindt men dat de geïnvesteerde tijd in goede verhouding staat tot het rendement?
- Komt het voor dat bepaalde deelnemers regelmatig afwezig zijn en wat is de reden daarvoor?
- Wordt er ten behoeve van de vergadering/bespreking een agenda gemaakt en door wie?
- Worden er afspraken gemaakt of beslissingen genomen waaraan men zich heeft te houden? Indien men zich er niet aan houdt, wat zijn daar dan de gevolgen van?

Dan volgen er vragen over de verwachtingen die men had toen men aan de samenwerking begon en wat daarvan gerealiseerd is. Wat is de oorzaak van een eventueel achterblijven bij deze verwachtingen? Aldus kunnen knelpunten opgespoord worden. Tevens wordt gevraagd of men oplossingen kan aanragen voor deze knelpunten.

Er wordt ook aandacht besteed aan niet meer bestaande samenwerkingsrela-

ties en de oorzaak van de beëindiging ervan.

Met behulp van de laatste paar vragen wordt gekeken of bij de hulpverleners de indruk bestaat dat patiënten merken dat er samengewerkt wordt en of ze iets merken van eventuele knelpunten daarbinnen. Ook dit blijken voor veel hulpverleners moeilijk te beantwoorden vragen te zijn.

3.3. De schriftelijke enquêtes

Zoals reeds vermeld gaat onze belangstelling vooral uit naar de relaties tussen huisarts en specialist. Om de 'kosten' en 'baten' die samenwerken voor deze groeperingen met zich meebrengt goed te kunnen vergelijken, en om een eventuele overlap in geclaimde taken te kunnen vaststellen, is aan deze hulpverleners ook nog een lijst items van het Likert-type voorgelegd: 42 items waarop het antwoord kan variëren van 'volledig eens' tot 'volledig oneens'. Deze items zijn gegroepeerd rond de volgende, reeds behandelde thema's: subjectief ervaren financiële problemen als gevolg van de samenwerking, kosten en baten van samenwerken, het normatief perspectief ten aanzien van samenwerking, taakafbakening, en een enkel item over het 'individuele motivatiefenomeen'.

Teneinde de kans op een hoge respons te vergroten zijn deze vragenlijsten anoniem ingevuld. Achteraf betreuren wij deze beslissing, vooral waar het de leden van de medische staf betreft. Het is bij de gevolgde opzet immers onmogelijk onderscheid te maken tussen specialisten in loondienst (voor wie de samenwerking geen financiële consequenties kan hebben) en niet in loondienst (een minderheid voor wie een versterking van de eerste lijn een daling van het inkomen tot gevolg zou kunnen hebben). Evenmin is onderscheid te maken tussen snijdende, beschouwende en ondersteunende specialismen. Uiteraard is wél het onderscheid huisarts of specialist te maken.

HOOFDSTUK 4 DE SAMENWERKING TUSSEN EERSTE EN TWEEDE LIJN

4.1. Inleiding

Met behulp van het materiaal verkregen uit de (telefonische) interviews met de Hoogeveense hulpverleners zal in de twee nu volgende hoofdstukken een beeld worden geschetst van de samenwerkingsrelaties binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn, zoals die in de regio Hoogeveen gestalte hebben gekregen. Hier en daar is het materiaal aangevuld met gegevens uit reeds bestaande literatuur.

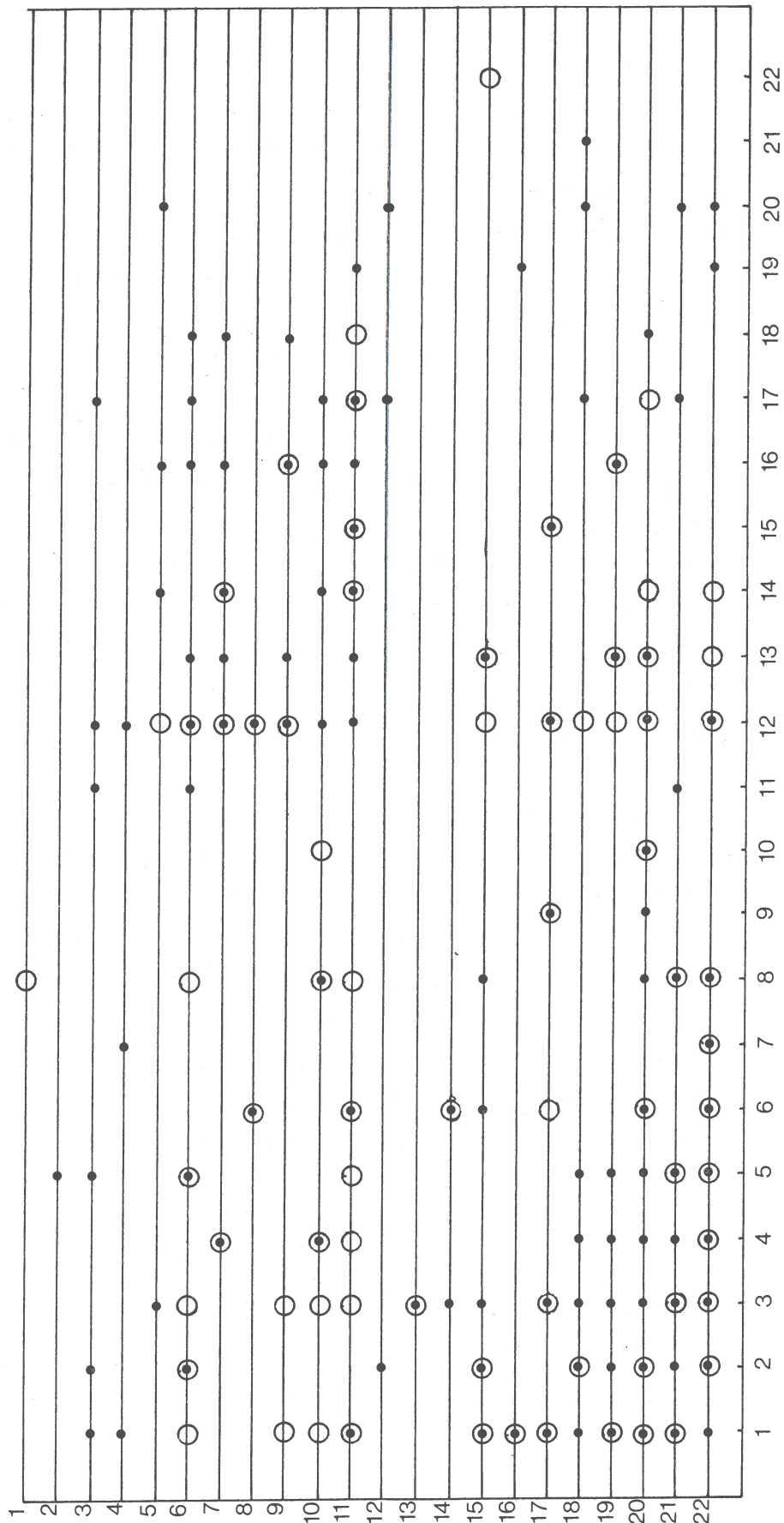
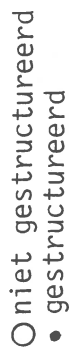
De diagrammen 1 en 2 geven een totaalbeeld van de samenwerkingsrelaties binnen de disciplines afzonderlijk en tussen hulpverleners in de eerste lijn binnen de kom Hoogeveen respectievelijk van de buitendorpen met de tweede lijn. Langs de horizontale lijnen kan men aflezen met wie de betrokken hulpverleners volgens eigen mededeling samenwerkingsrelaties onderhouden.* Het betreft zowel de door middel van regelmatig gehouden vergaderingen, bijeenkomsten of besprekingen gestructureerde samenwerkingsvormen, alsook de niet-gestructureerde samenwerkingscontacten. Bij dit laatste kan men denken aan telefonische contacten en persoonlijke gesprekken en koffieuurtjes.

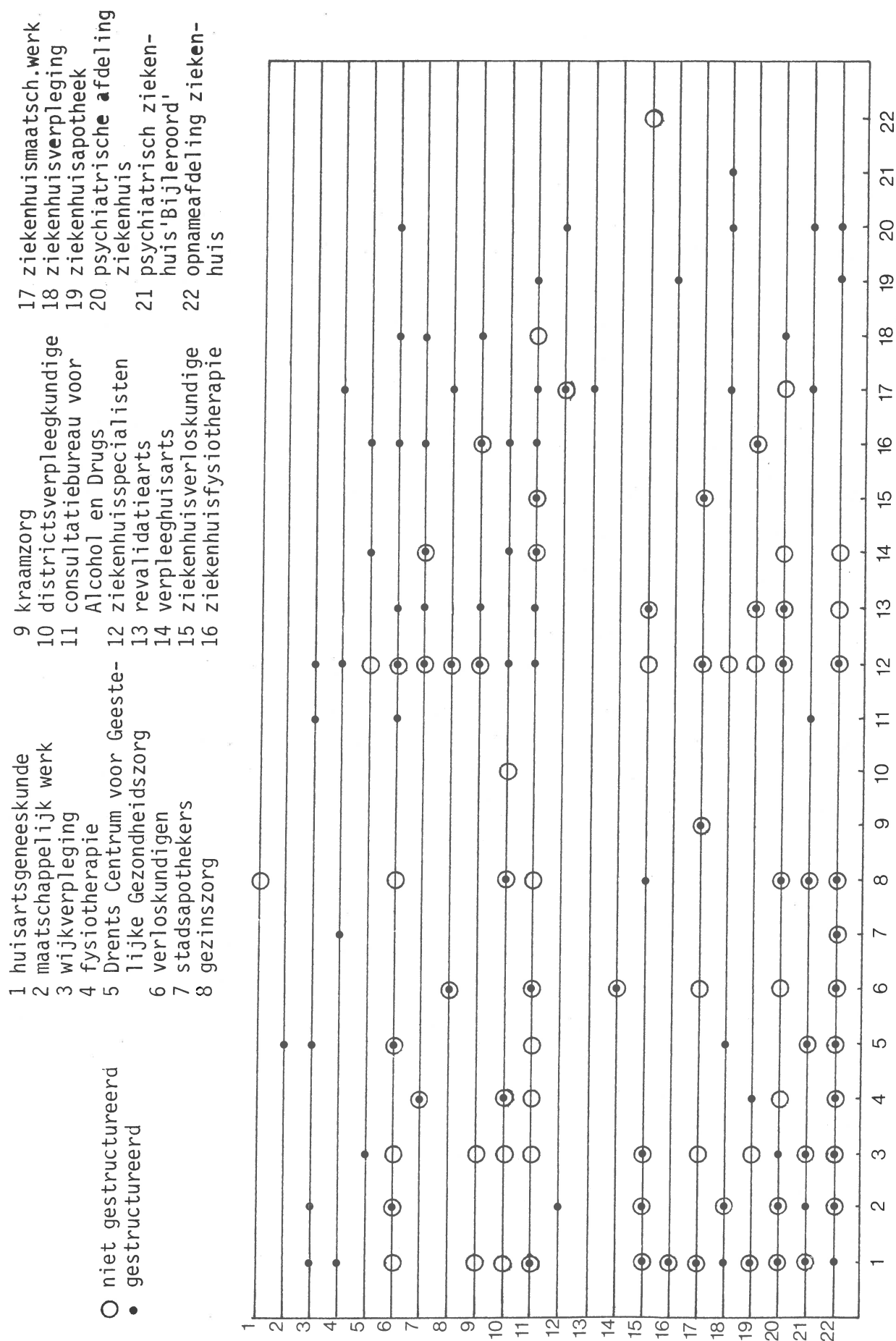
Dit hoofdstuk zal zich beperken tot de samenwerkingsrelaties tussen eerste en tweede lijn, waarbij de samenwerking tussen huisartsen en specialisten een centrale plaats zal innemen.

In het volgende hoofdstuk zal de samenwerking binnen de eerste lijn worden weergegeven. Hierin zal tevens heel kort iets over de samenwerkingsrelaties binnen de tweede lijn worden gezegd.

Bij deze beschrijvingen zal de aandacht voornamelijk uitgaan naar de gestructureerde samenwerkingen. Deze worden onderscheiden in casuïstische vormen (waarbij de problematiek van één patiënt centraal staat), en be-

*Omdat de hulpverlener kan meedelen dat hij samenwerkt met een ander, terwijl die ander daar geen melding van maakt, zijn de relaties in de diagrammen 1 en 2 niet wederkerig. Bovendien realiseren zich dat in dit diagram sprake is van samenwerking tussen 'disciplines', wat niet per se impliceert dat nu ook alle leden van de ene discipline samenwerken met alle leden van de andere. Het 'vertalen' van onze gegevens die per hulpverlener zijn verzameld, naar samenwerking per discipline, heeft uiteraard wel eens een arbitrair karakter.





leidsmatige vormen (waarbij gestreefd wordt naar het maken van algemeen geldende afspraken, regelingen etc.). De overgang is uiteraard nogal eens vloeiend.

4.2. De samenwerking tussen huisartsen en medische staf

Alvorens in te gaan op deze samenwerking zal kort een aantal ontwikkelingen worden beschreven, die zich de afgelopen 15 jaar hebben voorgedaan en die bepalend zijn geweest voor de nu bereikte vorm van samenwerking tussen huisartsen en medische stafleden. Zie voor een uitgebreidere beschrijving: Dopheide, De Cock en Witte (1978).

In 1964-1965 is de medische staf ingesteld. Onder leiding van de geneesheer-directeur van het ziekenhuis zijn in 1968 de vergaderingen tussen huisartsen en de medische staf gestart. Een jaar later zijn de huisartsen toegelaten tot het klinisch chemisch laboratorium, het zogenaamde huisartsenlaboratorium, op 'individuele contracten'. Teneinde de communicatie tussen het ziekenhuis en de huisartsen die van het laboratorium gebruik wensten te maken te verbeteren, werd enige jaren later door het ziekenhuis de eis gesteld dat de huisartsen zich zouden organiseren: een huisarts die gebruik wilde maken van de laboratoriumfaciliteiten diende zich bij deze organisatie aan te sluiten. In 1973 werd deze organisatie een feit met de oprichting van het Huisartsenberaad*, als equivalent van de medische staf. In 1973 hebben de huisartsen ook toegang gekregen tot de röntgenkamer en het pathologisch anatomisch laboratorium. In de loop van 1980 is hun diagnostisch arsenaal nogmaals vergroot, met ECG-diagnostiek.

Per 1 maart 1981 werd aan de algemeen directeur, één van de drijvende krachtende achter de samenwerking, op eigen verzoek eervol ontslag verleend. Twee andere leden van de vierhoofdige directie vertrokken eveneens. Het vierde directielid keerde in 1981 terug in functie. Per september bestaat er een driehoofdige directie: een directeur patiëntenzorg en paramedische zaken, een directeur organisatie en beheer, en een directeur verpleegkundige zaken.

Tot zover dit korte historische overzicht; we zullen nu overgaan tot een beschrijving van de bestaande samenwerkingsrelaties.

*Een beschrijving van dit beraad wordt gegeven in het volgende hoofdstuk.

Het formele overleg vindt plaats in het overlegorgaan, dat in 1973 is opgericht. Dit orgaan is samengesteld uit een afvaardiging van het huisartsenberaad en het bestuur van de medische staf. Er wordt eens in de zes weken vergaderd en deze vergaderingen nemen gemiddeld ruim 2 uur in beslag. Men beoogt met dit overleg de samenwerking en wisselwerking tussen eerste en tweede lijn tot stand te brengen en te bevorderen. Wensen, vragen, opmerkingen en klachten van huisartsen, specialisten en directie worden besproken en zo mogelijk gerealiseerd en/of afgehandeld. Daarbij wordt naar duidelijkheid gestreefd van ieders rol en verantwoordelijkheid en gewaakt voor rolvervaging. Gemaakte afspraken staan genoteerd in het zogenaamde afsprakenboek, dat wordt bijgehouden door de secretaris van de medische staf. De inhoud ervan dient ter kennis gebracht te worden aan nieuwe huisartsen en specialisten, door respectievelijk Huisartsenberaad en stafbestuur. De afspraken in dit boek betreffen voornamelijk procedurele kwesties (introductie nieuwe huisartsen en specialisten, standaardverwijsbrief, ontslagbericht, etc.). Opvallend is dat niet alle betrokkenen met het bestaan van dit boek bekend zijn.

In de periode van de interviews is dit overleg echter door de huisartsen opgeschort; de oorzaak hiervan is vooral gelegen in de problematiek van de onderlinge taakafbakening. Om beschrijving van de samenwerkingsrelaties als zodanig en het inventariseren van de knelpunten daarin niet al te zeer dooreen te laten lopen, zullen wij deze opschorting hier niet verder behandelen.

Naast de besprekingen van dit overlegorgaan hebben ook gesprekken plaatsgehad tussen groepjes van twee à drie huisartsen en de afzonderlijke specialismen. Deze zijn ook beleidsmatig gericht en bekijken hoe de samenwerking tussen huisartsen en de betrokken specialismen het best gestroomlijnd zou kunnen worden. Ook voor deze gesprekken geldt dat ze opgeschort zijn.

Op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening is in Hoogeveen in 1974 een belangrijke commissie tot stand gekomen: de geneesmiddelencommissie. Hierin zijn vertegenwoordigd enkele huisartsen (met en zonder apotheek), één van de stadsapothekers en een ziekenhuisapotheker.

Het doel van deze commissie is te komen tot rationalisering van het geneesmiddelenbestand en tot beperking van de kosten van geneesmiddelen.

(door beperking van het aantal soorten, keuze van goedkoopste preparaat bij gelijkwaardige geneesmiddelen). De werkzaamheden van deze commissie hebben geresulteerd in een formularium voor de huisartsen in de regio Hoogeveen.

Binnen het ziekenhuis functioneren enkele teams waaraan huisartsen deelhebben, te weten het hart-, vaat- en pijnteam. Het hartteam, bestaande uit een internist, de klinisch psycholoog, de hartrevalidatiezuster, de maatschappelijk werker en de fysiotherapeut en pastor uit het ziekenhuis, de hoofdwijkverpleegster en twee huisartsen, komt eens per zes weken bijeen om het functioneren van de in de jaren '78-'79 opgezette hartrevalidatie te evalueren. In tegenstelling tot de twee andere teams betreft het hier geen casusbespreking, maar een beleidsmatig gerichte bespreking.

Met de komst van de vaatchirurg in het begin van 1979 is een vaatteam opgericht, samengesteld uit de vaatchirurg, een neuroloog, een internist, een röntgenoloog, een anaesthesist. De huisarts van de besproken patiënt(en) is daarbij aanwezig. Men komt wekelijks bij elkaar.

In het pijnteam komen wekelijks anaesthesisten, een neuroloog en een klinisch psycholoog samen om pijnpatiënten te bespreken. Sinds kort wordt daarbij ook de huisarts van de betrokken patiënt uitgenodigd.

In 1979 is de begeleidingscommissie bejaardenoorden ingesteld, die eens per maand vergadert. In deze commissie hebben naast een vertegenwoordiger van het huisartsenberaad en de verpleeghuisarts ook vertegenwoordigers van het maatschappelijk werk, de gezinszorg, het Drents Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg DCGG, de bejaardenhuizen, de indicatiecommissie* en de hoofdwijkverpleegkundige zitting. De aanleiding tot het instellen van deze commissie was de indruk dat de bejaardentehuizen probeerden slechts de 'makkelijkste' bejaarden van de bestaande wachtlijst op te nemen. Sinds het functioneren van de commissie heeft ieder huis nog wel zijn eigen opnamebeleid, maar dit wordt aan de hand van de wachtlijsten besproken, resulterend in een vorm van 'sociale controle' op het opnamebeleid.

Tot medio 1980 is er overleg gaande geweest op het organisatorische vlak ten aanzien van de psychiatrische hulpverlening tussen twee huisartsen,

*Deze commissie (ingesteld in '78-'79) moet namens de overheid vaststellen of bejaarden voor opname in een bejaardenhuis in aanmerking komen. Deze bejaarden worden dan 'geïndiceerd'.

een vertegenwoordiger van het DCGG en de psychiaters, de klinisch psycholoog en de directie van het ziekenhuis. De beide psychiaters hebben echter medio 1980 het ziekenhuis verlaten. Deze gebeurtenis, hoewel op zichzelf misschien niet zo dramatisch, is onzes inziens illustratief voor het soort problemen waarmee een ziekenhuis dat samenwerkt met de eerste lijn kan worden geconfronteerd. De ordening van het rapport enigszins geweld aandoend (want alweer stuiten we op een 'knelpunt'), zullen we bij dit vertrek even stilstaan. De oorzaken die voor het vertrek genoemd werden waren het feit dat de psychiaters niet bereid waren zich tegenover de eerste lijn vooral 'consultatief' op te stellen (een benadering waarbij de specialist zich opstelt als consulent voor de huisarts en deze twee samen proberen de patiënt zo lang mogelijk in het eigen milieu te behandelen), terwijl de ziekenhuisdirectie in deze tegenstelling de kant van de eerste lijn koos. Van huisartsenzijde werd aan deze oorzaken (die vooral van ziekenhuiszijde werden genoemd) nog toegevoegd het feit dat de psychiaters volgens de directie te weinig 'productie' maakten in termen van bedbezetting). Uit de jaarverslagen van het ziekenhuis blijkt inderdaad een afnemend aantal opnamen: van 345 in 1977 tot 224 in 1979, zijnde respectievelijk 5.8 en 3.6 % van het totaal aantal opnamen. Het aantal verpleegdagen daalde eveneens van 13.6 % van het totaal tot 11.0 %. Wie in deze perikelen nu het 'gelijk' aan zijn kant heeft gehad, is eigenlijk niet zo interessant; opvallend is dat bij de interpretatie van de moeilijkheden zowel economische factoren worden aangevoerd als factoren die in de sfeer van de taakafbakening met de eerste lijn liggen, en soms onderling tegenstrijdig zijn (consultatief werken staat op gespannen voet met een hoge productie aan opnamen en verpleegdagen; in het onderhavige geval was echter volgens de verschillende zegsliden van geen van beide sprake).

Met de komst van de nieuwe psychiater in de loop van 1981 is een nieuwe vorm van overleg gestart. Men bevindt zich momenteel nog op het niveau van 'social talk'. Het ligt in de bedoeling om te komen tot werkafspraken.

Als laatste van de meer beleidsmatig gerichte samenwerkingsrelaties noemen we de werkgroep oncologie, die tot voor een jaar gefunctioneerd heeft, en bestond uit een vertegenwoordiging van de wijkverpleging, het huisartsenberaad, de ziekenhuisverpleging en specialisten. Waarschijnlijk

is de problematiek rond de directiewisseling debet geweest aan het ter ziele gaan van deze werkgroep.

Geheel anderssoortige relaties tussen huisartsen en medische stafleden treft men aan in de bij- en nascholingsbijeenkomsten, zoals de klinische demonstraties, de klinisch-pathologische conferenties en de praatjes, georganiseerd door de radiologen en neurologen.

Daarnaast biedt het koffieuur op zaterdagmorgen in het ziekenhuis huisartsen en medische stafleden de gelegenheid om op informele wijze met elkaar in contact te treden. Praten over patiënten mág, maar vakantieverhalen zijn ook goed.

4.3. De samenwerking tussen andere eerstelijns hulpverleners en de tweede lijn

De wijkverpleging en de tweede lijn

In 1972 zijn door de toen nog niet gefuseerde kruisverenigingen (Oranje Groene Kruis en Groene Kruis) en het ziekenhuis afspraken gemaakt ten aanzien van de verpleegkundige nazorg van uit het ziekenhuis ontslagen patiënten: het ook nu nog bestaande nazorgproject. Aanvankelijk beperkte dit project zich tot de kom Hoogeveen. In 1973 vond uitbreiding tot het hele verzorgingsgebied van het ziekenhuis plaats.

Bij toerbeurt is één der wijkverpleegkundigen gedurende een half jaar belast met de directe contacten met het ziekenhuis. Ze bezoekt daartoe tweemaal per week de verpleegkundige afdelingshoofden en verzamelt informatie over patiënten die ontslagen zullen worden en nazorg behoeven. Deze informatie wordt schriftelijk via zogenaamde nazorgformulieren - eventueel met mondelinge toelichting - doorgegeven aan de collega's. Met betrekking tot deze nazorg onderhoudt de hoofdwijkverpleegkundige contact (over de nazorgformulieren, spreekuren) met het hoofd van de verplegingsdienst).

Sinds kort bestaat er ook een kleine commissie diabetes-nazorg. De twee wijkverpleegkundigen, de speciaal aangestelde verpleegster voor diabetes en een afdelingsverpleegkundige die deze commissie vormen, zijn reeds twee keer bij elkaar gekomen. Het doel is te komen tot uniformiteit zowel in de manier van benaderen van diabetes, als in het doorgeven van informatie aan hen. Naast het telefonisch spreekuur dat de revalidatie-arts

houdt voor de wijkverpleging, komt er ook regelmatig een revalidatie-commissie bij elkaar. Hierin hebben naast de hoofdwijkverpleegster één wijkverpleegkundige uit de buitendorpen en de revalidatie-arts, de districtsverpleegkundige voor revalidatie en een ergotherapeut uit de verpleegklieniek zitting. Er wordt gesproken over de wijze waarop gegevens doorgegeven moeten worden en over het functioneren van het telefonische spreekuur. Door ziekte van de revalidatie-arts is deze samenwerking enigszins op de achtergrond geraakt. Momenteel wordt ze weer op gang gebracht. Een nieuwe vorm van overleg is zich aan het ontwikkelen tussen de psychiater van het ziekenhuis en de wijkverpleging. Het ligt in de bedoeling om eens per drie maanden met elkaar te praten over patiënten.

Het maatschappelijk werk en de tweede lijn

De nieuwe psychiater van het ziekenhuis probeert ook samen met een van de psychologen een samenwerking op gang te brengen met het maatschappelijk werk inclusief de maatschappelijk werker uit het ziekenhuis. Een eerste kenningsmakingsbijeenkomst heeft plaatsgehad. Centraal in deze bijeenkomsten, die eens per drie maanden zullen worden gehouden, staan cliënten.

De gezinszorg en de tweede lijn

Regelmatig zijn er besprekingen tussen de revalidatie-arts met leidinggevenden van de gezinszorg. Vaak is ook de helpster of verzorgster daarbij aanwezig. De frequentie hangt af van het cliëntenbestand van de gezinszorg. De laatste tijd hebben dergelijke besprekingen niet meer plaatsgehad door ziekte van de revalidatie-arts. Daarnaast verzorgt de revalidatie-arts twee keer per jaar een bijscholingscursus voor de gezinszorg. Met de opname-afdeling van het ziekenhuis onderhoudt de gezinszorg wekelijks telefonisch contact. Op deze manier krijgt men informatie over patiënten die ontslagen zullen worden en gezinshulp behoeven.

Fysiotherapie en de tweede lijn

De revalidatie-arts bezoekt eens per twee à drie maanden de fysiotherapiepraktijken in Hollandscheveld en Zuidwolde en eens per maand die van de kom Hoogeveen. Er wordt niet uitsluitend over patiënten gesproken, ook algemene samenwerkingsproblemen komen aan de orde.

De enige vorm van gestructureerd overleg waarbij de fysiotherapeuten uit de praktijken de fysiotherapeuten uit het ziekenhuis en de verpleegkliniek ontmoeten, is de vergadering van het zogenaamde fysiotherapeuten-beraad.* Voor het overige heeft men telefonisch contact bij overname van patiënten.

Fysiotherapeuten worden ook in de gelegenheid gesteld om op afspraak röntgenfoto's te bekijken, samen met de röntgenologen in het ziekenhuis.

De verloskundigen en de tweede lijn

In het verleden hebben verloskundigen uit Hoogeveen samen met vertegenwoordigers van het huisartsenberaad gesproken met de gynaecologen over de mogelijkheden om bevallingen in het ziekenhuis te doen. Deze besprekingen zijn op een gegeven moment gestopt. Volgens de gynaecologen is hier sprake van een organisatorisch probleem: de verloskamers zijn overbezet, en er is geen ruimte voor huisartsen en verloskundigen uit de regio. Tevens zijn de gynaecologen van mening dat een dergelijke faciliteit aan patiënten een schijnzekerheid biedt. Wanneer elders in het ziekenhuis ruimte wordt gecreëerd voor poliklinische bevallingen, dan zullen de gynaecologen dat niet tegenhouden.

Onlangs is er opnieuw contact gelegd. Het is de bedoeling dat eens per zes weken de verloskundigen uit Hoogeveen, de verloskundigen uit het ziekenhuis en de gynaecologen bij elkaar zullen komen en gaan praten over beleidsmatige zaken. De eerste twee bijeenkomsten zijn geweest.

Het DCGG en de tweede lijn

Eén keer per maand vindt er overleg plaats tussen het DCGG en de afdeling psychiatrie van het ziekenhuis over patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis en bekend zijn bij het DCGG: de PAAZ-bespreking. Hierbij zijn aanwezig: de psychiater, een psycholoog, de maatschappelijk werker en de hoofdverpleegkundige uit het ziekenhuis en een psychiater, psycholoog en sociaal psychiatrisch verpleegkundige van het DCGG. Daarnaast houden de psychiater uit het ziekenhuis en de Sociaal Psychiatrische Dienst van het DCGG maandelijks een maximaal één uur durende casuïstiek-bespreking.

*Voor een beschrijving van dit beraad kan worden verwezen naar hoofdstuk 5.

Er bestaan ook samenwerkingsrelaties met het psychiatrisch ziekenhuis Bijleroord. In eerste instantie is er eens per maand een cliëntenoverleg tussen vertegenwoordigers van het DCGG en de psychiaters en verpleegkundige staf van Bijleroord.

Een beleidsmatig gericht overleg vindt een keer per drie maanden plaats tussen enerzijds de staf en de hoofdverpleegkundige van Bijleroord en anderzijds de hele dienst van DCGG.

Het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) en de tweede lijn

De psychiater van het ziekenhuis heeft ook twee- tot driemaandelijke bijeenkomsten met het CAD opgezet, waarbij tevens de psycholoog, de verpleegkundige van de PAAZ en de maatschappelijk werker uit het ziekenhuis betrokken zijn. Het CAD geeft een dag tevoren de te bespreken patiënten door. Deze door de psychiater opgezette samenwerking is nog in ontwikkeling.

HOOFDSTUK 5 DE SAMENWERKING BINNEN DE EERSTE RESPECTIEVELIJK DE TWEEDE LIJN

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal het accent voornamelijk worden gelegd op de samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn.

Verwacht kan worden dat zich in de kom Hoogeveen andere samenwerkingsrelaties tussen de hulpverleners in de eerste lijn hebben ontwikkeld dan in de buitendorpen. Vandaar dat bij de analyses van de samenwerkingsverbanden voor een aantal categorieën hulpverleners, te weten huisartsen, wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten, onderscheid wordt gemaakt tussen diegenen die in de kom Hoogeveen en diegenen die in de buitendorpen werkzaam zijn.

Dit onderscheid zal ook worden gehanteerd in de presentatie in paragraaf 5.3. van de samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Wederom zal daarbij gebruik worden gemaakt van de diagrammen 1 en 2. De daarin aangegeven samenwerkingsrelaties binnen de eerste lijn in de kom Hoogeveen respectievelijk in het buitengebied zijn er uitgelicht en op een andere wijze visueel weergegeven, waardoor multi-disciplinaire samenwerkingsvormen tot

uitdrukking komen (zie de figuren 2 en 3). Alvorens over te gaan tot een beschrijving van de samenwerkingsrelaties in de eerste lijn zal in de volgende paragraaf eerst worden bekeken of en hoe er binnen de verschillende eerstelijnsdisciplines overleg wordt gepleegd.

5.2. Het overleg binnen de eerstelijnsdisciplines afzonderlijk

Voor de huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, fysiotherapeuten, hulpverleners van het DCGG en de leidsters van de gezinszorg bestaan er gestructureerde vormen van onderling overleg. Hierop zal nu nader worden ingegaan.

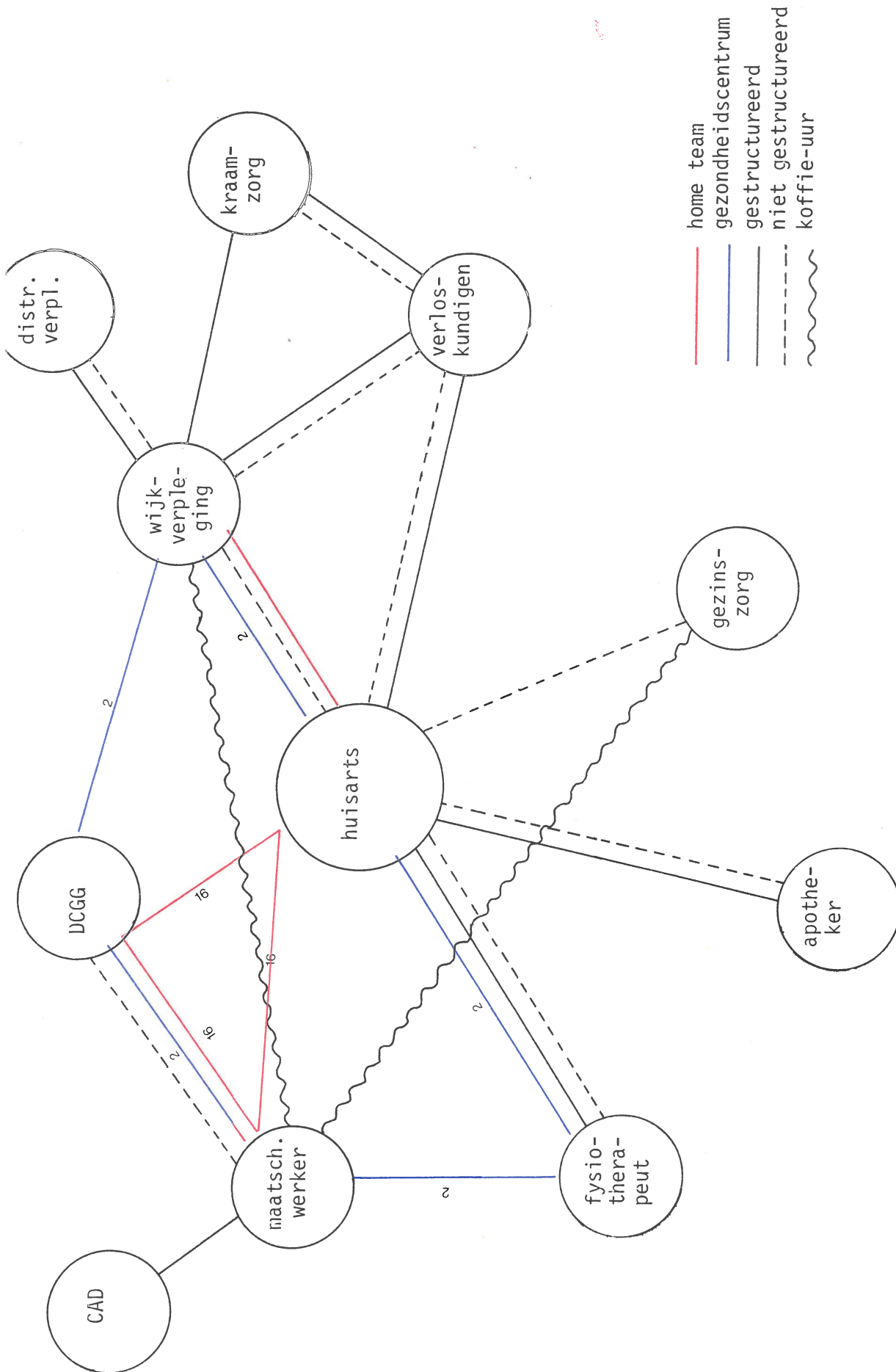
Als equivalent voor de medische staf is in 1973 het huisartsenberaad opgericht. De doelstelling van dit beraad luidt als volgt: het samen overleggen en nemen van beslissingen over gemeenschappelijke belangen, tenzij deze reeds door de PHV of het NHG worden behartigd (Samenwerking Hoogeveen, 1977).

Het huisartsenberaad richt zich niet alleen op de onderlinge samenwerking tussen huisartsen, ook de samenwerking met anderen in de eerste lijn en met de tweede lijn zijn veelbesproken onderwerpen. Daarnaast komen regelmatig voorstellen uit de geneesmiddelencommissie ter sprake. Tevens houdt men zich bezig met algemene problemen in de samenleving (bijv. alcohol en verkeer).

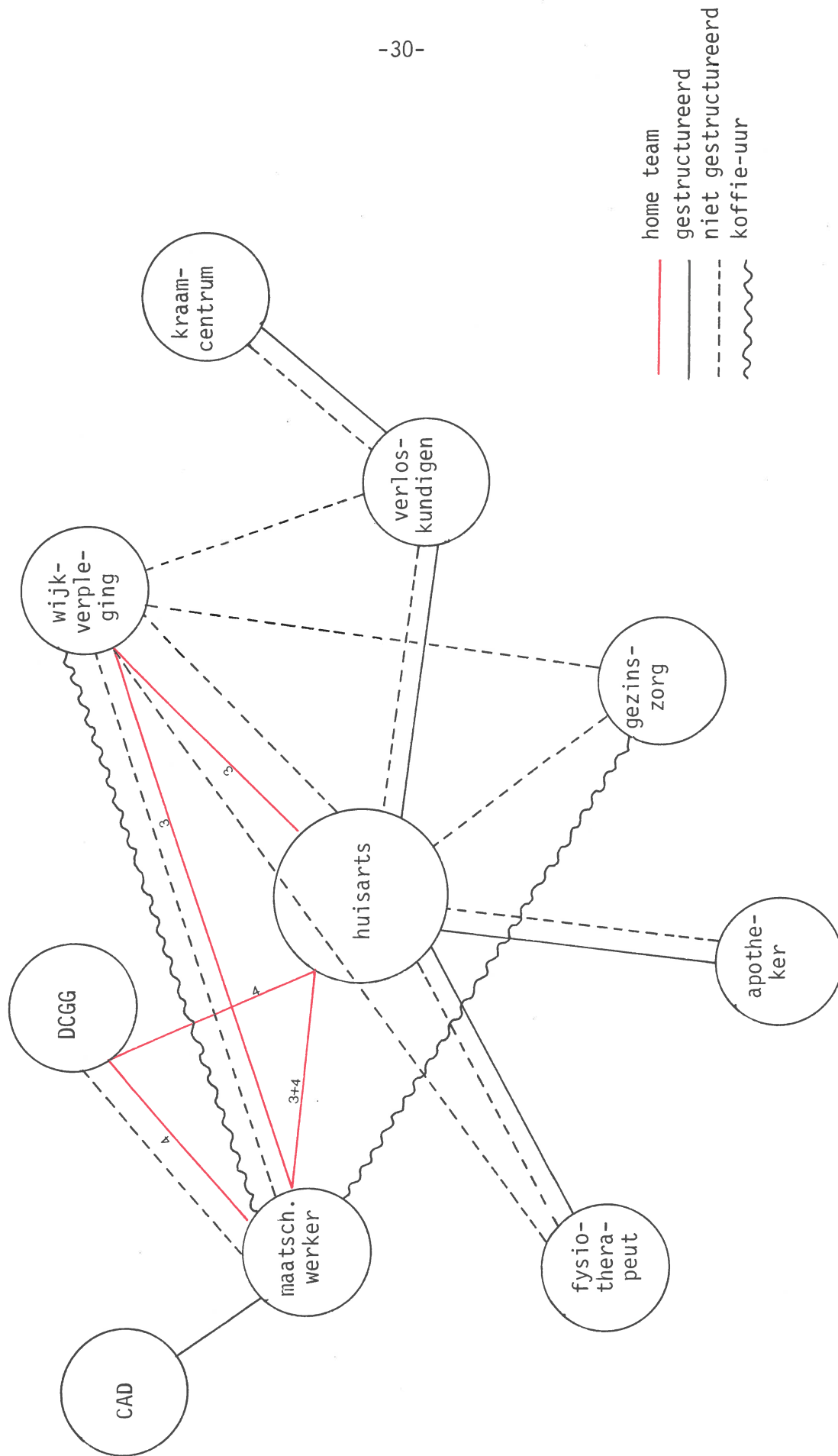
Aanvankelijk vergaderden de huisartsen (uit de kom Hoogeveen en uit de buitendorpen) zes keer per jaar. In de loop der jaren is de vergaderfrequentie opgevoerd tot eens per maand. Deze vergaderingen worden op een vast moment gehouden en duren langer dan twee uur. Door het dagelijks bestuur van het huisartsenberaad wordt een agenda opgesteld. In de vergaderingen worden afspraken gemaakt, waaraan alle huisartsen zich te houden hebben. Officiële sancties ontbreken; de indruk bestaat echter dat er zeker wel sprake is van een zekere mate van sociale controle op de naleving van de afspraken (zie Dopheide & v.d. Zee, 1980).

In navolging van de huisartsen hebben de fysiotherapeuten omstreeks 1979 een fysiotherapeutenberaad opgericht.

Twee tot vier keer per jaar worden er vergaderingen gehouden, bestemd



FIGUUR 2: SAMENWERKING 1e LIJN IN DE KOM HOOGVEEN



FIGUUR 3: SAMENWERKING 1e LIJN BUITEN DE KOM HOOGVEEN

voor alle praktijkhouders in de regio Hogeveen en de hoofden van de fysiotherapie-afdelingen van het ziekenhuis en de verpleegkliniek. Hiervan uitgesloten zijn enkele recent, buiten goedkeuring van het fysiotherapeutenberaad om gevestigde fysiotherapeuten.

De vergaderingen nemen meestal één à twee uur tijd in beslag. Er worden afspraken gemaakt betreffende de weekend-dienstregeling, mededelingen gedaan uit de kringvergaderingen en er worden pogingen ondernomen te komen tot een vestigingsbeleid.

Buiten deze vergaderingen worden er een paar keer per jaar door specialisten gehouden lezingen georganiseerd. Hiervoor ontvangen alle fysiotherapeuten uit de bij het beraad aangesloten fysiotherapie-praktijken een uitnodiging.

Er is een tijd geweest dat er bijeenkomsten waren voor alle wijkverpleegkundigen uit de regio Hogeveen. De groep werd als te groot ervaren en opgesplitst in tweeën.

- Voor alle wijkverpleegkundigen uit de kom Hogeveen wordt een keer per maand een bijeenkomst georganiseerd, waarin mededelingen worden gedaan, de weekenddiensten worden geregeld

Regelmatig wordt er een extra bijeenkomst ingelast, waarop een spreker wordt uitgenodigd.

Daarnaast zijn er de zogenaamde kernbesprekingen. Eens per twee à drie weken komen de wijkverpleegkundigen in kleine groepjes bij elkaar, waarbij de hoofdwijkverpleegster aanwezig is. Er wordt niet over patiënten gesproken maar over algemene zaken zoals bijvoorbeeld de aanschaf van materialen.

- Ook de wijkverpleegkundigen uit de buitendorpen komens eens per maand bijeen onder leiding van de verpleegkundige in algemene dienst.*Dit omdat er in het buitengebied nog geen hoofdwijkverpleegkundige functioneert. Tevens kent men ook hier werkkernen, gevormd uit groepjes wijkverpleegkundigen uit één of meerdere dorpen samen.

Eens per maand is er een organisatorische vergadering voor alle maatschappelijk werkenden van zowel de Stichting voor maatschappelijk werk Midden

*Zij is in loondienst van de provinciale kruisvereniging.

en Zuid Drente als van de gemeente. Deze vergaderingen duren één à twee uur en er komen allerlei beleidszaken aan bod.

In de tweede plaats zijn er wekelijks unitbesprekingen, waaraan wederom alle maatschappelijk werkenden (ingedeeld in twee units) deelnemen. In deze besprekingen worden alle intakes die binnenkomen verdeeld. Het is dus een vorm van werkoverleg.

Naast de uitvoerende krachten wordt de gezinszorg gevormd uit een aantal leidinggevenden, enkele hoofd leidinggevenden en staffunctionarissen. De leidinggevenden kunnen weer onderverdeeld worden in leidinggevenden die te maken hebben met aanvragen voor tijdelijke hulpverlening en leidinggevenden voor langdurige hulp.

Voor de leidinggevenden en de hoofdleiding worden maandelijks twee soorten bijeenkomsten gehouden. De ene bijeenkomst heeft een zakelijk karakter: er worden werkzaken op elkaar afgestemd. Zo nu en dan zijn er staffunctionarissen bij betrokken. De andere bijeenkomst is inhoudelijk van aard. De leidinggevenden belast met de tijdelijke hulpverlening stemmen tevens wekelijks alle hulpvragen voor tijdelijke hulpverlening op elkaar af: de zogenaamde centrale planning.

Het DCGG is verdeeld over vier regio's. Het bestuur zetelt in Assen. De regio Hogeveen bestaat uit drie afdelingen: de Jeugdafdeling, de afdeling Volwassenen en de Geriatrische afdeling.

De regio Hogeveen houdt eens per week een stafvergadering. Intakes worden doorgenomen, nieuwe cliënten worden verdeeld en de in behandeling zijnde cliënten worden besproken. Tevens worden voor de regio belangrijke beleidsstandpunten ingenomen.

De Jeugd- en Volwassenenafdeling komen maandelijks bij elkaar om regionale aspecten door te nemen. De afdeling Geriatrie behoort hierbij ook aanwezig te zijn. In verband met de tijd en bezetting is dat helaas vaak niet het geval. Eens per twee maanden is er voor de Volwassenenafdeling bovendien nog een beleidsmiddag. Men kijkt dan terug op de afgelopen periode.

In tabel 2 wordt het een en ander nog eens overzichtelijk samengevat. Opvallend is dat er binnen de afzonderlijke disciplines nauwelijks over patiënten wordt gesproken. Een aantal overlegstructuren is beleidsmatig ge-

richt. Daarnaast houdt men zich binnen de disciplines bezig met het ver-
delen van werk, het bespreken van onderwerpen al of niet aan de hand van
een spreker en met weekend-dienstregelingen.

Tabel 2 Inhoud van de verschillende overlegvormen
van de disciplines afzonderlijk

INHOUD							
Overlegvorm	Beleids- gericht	Patiënt- gericht	'On- der- werp'	Werk- verde- ling	Weekend- dienst	Mede- de- lingen	Alg. zaken
Huisartsen -Beraad	X						
Fysiothe- -Beraad	X		X		X	X	
rapeuten							
Wijkver- -Grote			X		X	X	
pleging bespre- king							
-Kernbe- spreking							X
Maatschap- -Organi-	X						
pelijk werk sato- risch							
-Unitbe- spreking				X			
Gezinszorg -Zake- lijke				X			
-Inhoude- lijke			X				
-Centrale planning				X			
DCGG -Stafver- gadering	X	X		X			
-Overige	X						

5.3. Samenwerkingsrelaties binnen de eerstelijnsgezondheidszorg in de kom Hoogeveen

Zoals uit diagram 1 en figuur 2 blijkt, neemt de huisarts een centrale plaats in binnen het netwerk van samenwerkingsrelaties in Hoogeveen. Vandaar dat bij de beschrijving van de samenwerkingsverbanden tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn veelal van de huisarts zal worden uitgegaan.

Er heeft zich een aantal samenwerkingsverbanden in dit kader ontwikkeld vanaf 1973 waarbij meer dan twee disciplines tegelijk betrokken zijn. Hiermee zullen we deze paragraaf beginnen. Daarna zal een beschrijving worden gegeven van de samenwerkingsrelaties tussen twee disciplines afzonderlijk.

5.3.1. Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden

Twee van de achttien in de kom Hoogeveen praktizerende huisartsen zijn werkzaam in het gezondheidscentrum "De Weide" samen met een wijkverpleegkundige, twee maatschappelijk werkenden, een fysiotherapeut, een psycholoog van het DCGG, een verloskundige en een tandarts. Het betreft een continue samenwerking, gebaseerd op formeel gemaakte afspraken.

Er wordt eens per veertien dagen op een vast tijdstip een één à twee uur durende teambespreking gehouden. Deze hebben veelal het karakter van casuïstiekbesprekingen. Aan het begin van de vergadering wordt door middel van een rondvraag een agenda opgesteld. Gemaakte afspraken worden genoteerd in een afsprakenboek en regelmatig gecontroleerd volgens een der huisartsen. De verloskundige en de tandarts hebben geen deel aan deze teamvergaderingen, zodat van een echte samenwerking tussen hen en de overige hulpverleners in dit gezondheidscentrum geen sprake is. Vandaar dat zij in figuur 2 niet verbonden zijn door middel van een blauwe lijn met de overige hulpverleners in dit centrum.

De overige huisartsen, die op twee na twee- of driemanspraktijken vormen, werken samen met maatschappelijk werkenden en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog of psychiater van het DCGG in zogenaamde

home-teams* (de rode driehoeken in figuur 2). Ook hier gaat het om continue samenwerkingen, die berusten op formele afspraken en die vooral casuïstisch van aard zijn. Om de veertien dagen vergaderen de leden van zo'n home-team één tot twee uur. De meeste teams maken daartoe een agenda. Er worden meestal afspraken over de behandeling van patiënten gemaakt. Ad hoc worden er andere disciplines uitgenodigd op deze vergaderingen.

De tot dusver beschreven samenwerkingsverbanden zijn voornamelijk casuïstisch van aard. Eens per half jaar komen huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen, leiding gezinszorg en DCGG bijeen in een plenaire vergadering. Hierin komen problemen bij het samenwerken ter sprake. Tevens worden er onderwerpen van meer algemene aard aangesneden. Op initiatief van de 'kerncommissie Welzijnsplan Z.W. Drente'** is in 1975 een beleidsgroep opgericht, waarin naast een werker ook een bestuurder van het huisartsenberaad, het maatschappelijk werk, de wijkverpleging en de gezinszorg zitting heeft: de Commissie Samenwerking Eerstelijn (voorheen Commissie Roeders genaamd). Het doel van deze commissie is om op coördinerende en stimulerende wijze de samenwerking binnen de eerste lijn te begeleiden. Hiertoe komt men ongeveer vier keer per jaar bij elkaar.

5.3.2. *Samenwerkingsrelaties tussen twee disciplines*

Bij wijze van experiment zijn in de wijk Krakeel/Wolfsbos in 1976 drie home-teams huisartsen-wijkverpleging ontstaan. De drie wijkverpleegkundigen in deze wijk werken artsgebonden. In de loop der tijd hebben zich enkele wijkverpleegkundigen uit Zuid en Centrum bij deze teams gevoegd. Zij werken echter wijkgebonden. De reden waarom deze verpleegkundigen in een bepaald team zijn gaan zitten, is gelegen in het feit dat men toch de meeste gemeenschappelijke patiënten met die artsen heeft. Ook deze samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en wijkverpleging heb-

*De omschrijving van het begrip 'home-team' wijkt in dit rapport (en in Hoogeveen) overigens af van de gebruikelijke, die uitgaat van een samenwerking tussen huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige. Soms ontbreekt de wijkverpleging, soms het maatschappelijk werk.

**In deze kerncommissie, ingesteld in 1965, waren de intramurale zorg, huisartsen en maatschappelijk werk vertegenwoordigd.

ben voor een groot deel betrekking op patiënten; in enkele gevallen komt daarbij ook de algemene zorgverlening aan de orde en soms zelfs de wederzijdse taakafbakening.

Eens per maand wordt er in elk home-team op een vast tijdstip vergaderd. Deze bijeenkomsten vergen een tot twee uur. Niet alle home-teams stellen ten behoeve van de vergadering een agenda op. In het geval dat er wel een agenda wordt gemaakt, gebeurt dat aan het begin van de vergadering. Meestal worden er afspraken gemaakt, vooral naar patiënten toe. Een van de huisartsen deelt mee dat zeker met betrekking tot bepaalde afspraken een regelmatige evaluatie op zijn plaats zal zijn.

Niet alleen de huisartsen, werkzaam in het gezondheidscentrum, ook de meeste andere huisartsen in de kom Hoogeveen zijn samenwerkingsrelaties aangegaan met één of enkele fysiotherapeuten. Men houdt regelmatig casuïstiekbesprekingen. De frequentie kan uiteenlopen van eens per week tot eens per zes weken. In de meeste gevallen vergadert men maandelijks. Ook de tijdsduur varieert van minder dan één uur tot één à twee uur. Er wordt meestal geen agenda gemaakt; de fysiotherapeuten bellen tevoren de patiënten door, die ze graag besproken willen zien.

In de reeds genoemde geneesmiddelencommissie die eens per zes weken bij elkaar komt, worden door de deelhebbende huisartsen en apothekers steeds bepaalde groepen geneesmiddelen besproken en aanbevelingen hieromtrent gedaan. Het concept wordt op een algemene vergadering van het huisartsenberaad besproken, eventueel gewijzigd en daarna aanvaard. Deze samenwerking heeft reeds geresulteerd in een formularium voor de huisartsen in de regio Hoogeveen. Indien nodig worden herzieningen aangebracht.

In het verleden is er wel eens overleg geweest tussen huisartsen en verloskundigen. Er zijn afspraken gemaakt onder andere over het verwijzen en het doen van H.B.-bepalingen. Deze samenwerking is nooit geformaliseerd. Wel wordt er een keer per jaar in het huisartsenberaad een avond uitgetrokken om samen met de verloskundigen te praten over de verloskunde en de daaromtrent gemaakte afspraken. Ter voorbereiding van deze vergadering komen twee huisartsen, één uit de kom Hoogeveen en één uit het buitengebied, en de drie verloskundigen drie keer per jaar samen.

Ook voor de verloskundigen uit de regio Hoogeveen en hoofdleidsters van de kraamzorg en voor de verloskundigen en de wijkverpleging wordt er jaarlijks een vergadering georganiseerd om te komen tot algemene beleidslijnen ten aanzien van patiënten.

Er worden momenteel pogingen ondernomen om een samenwerking tot stand te brengen tussen de wijkverpleging en de kraamzorg. De eerste bijeenkomst heeft plaatsgevonden. Men heeft van gedachten gewisseld over de verzorging van moeder en kind en over de voeding van de baby. Het ligt in de bedoeling een dergelijke bijeenkomst over een half jaar te herhalen.

Van een samenwerkingsrelatie tussen fysiotherapeuten en wijkverpleging respectievelijk maatschappelijk werk is nog niet of nauwelijks sprake. Onlangs heeft een voorbespreking plaatsgehad, waarbij twee fysiotherapeuten, een wijkverpleegkundige en een wijk-ziekenverzorger betrokken waren, met de bedoeling een eenmalige bijeenkomst te organiseren voor de wijkverpleging en fysiotherapeuten. Dit omdat er vooral van de kant van de wijkverpleging behoefte aan is om de fysiotherapeuten te leren kennen. Er is sinds kort een wijkverpleegkundige aanwezig op een van de patiëntenbesprekingen, zoals die worden gehouden tussen huisartsen en fysiotherapeuten.

In figuur 2 loopt ook nog een lijn van de wijkverpleging naar de districtsverpleegkundigen. Twee keer per jaar vindt er overleg plaats naar aanleiding van een casus.

Korte tijd geleden heeft het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) een cursus gehouden voor de maatschappelijk werkenden over bepaalde aspecten van alcohol- en drugsbestrijding en de aanpak ervan. Er zijn ook afspraken gemaakt, onder andere over de manier van verwijzen. Deze cursus heeft de aanzet gegeven tot een halfjaarlijks overleg met een evaluatief karakter.

Tot slot willen we alleen nog even wijzen op het bestaan van een tweetal halfjaarlijkse bijeenkomsten in de vorm van koffieuurtjes voor de maat-

schappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen respectievelijk maatschappelijk werkenden en gezinszorg.

Samenvattend

Opvallend is dat het overleg binnen de verschillende beroepsgroepen in de kom Hoogeveen redelijk gestructureerd is. Het huisartsenberaad lijkt een vrij hechte organisatie met een belangrijke samenbindende functie voor de leden (en dus een vrij krachtige partner bij de bepaling van een gezamenlijk beleid van eerste en tweede lijn). Hoewel dit voor fysiotherapeuten, maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen iets minder geldt, kan ook voor deze disciplines worden gesproken van een vrij hechte interne organisatie.

Tussen de disciplines lijkt de organisatie minder hecht. Vooral de relaties tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn (met enkele uitzonderingen) tamelijk los. Geen nieuw gegeven overigens: zolang huisartsen niet wijkgebonden werken zal deze relatie wel problematisch blijven. Hoewel objectief vergelijkingsmateriaal ontbreekt, geloven wij niet dat de samenwerkingsrelaties binnen de eerste lijn te Hoogeveen veel afwijken van wat elders gebruikelijk is. Daarbij moeten we overigens opmerken dat met de gevolgde methode de intensiteit c.q. de effectiviteit van een samenwerkingsrelatie niet zonder meer is vast te stellen. Onder omstandigheden kan een 'koffieurtje' doelmatiger zijn dan frequent gestructureerd overleg.

5.4. Samenwerkingsrelaties binnen de eerstelijnsgezondheidszorg in de buitendorpen

Bij de beschrijving van deze samenwerkingsrelaties wordt uitgegaan van figuur 3. Wanneer men deze figuur vergelijkt met figuur 2 valt meteen op dat er in het zogenaamde buitengebied veel minder sprake is van gestructureerde samenwerkingsverbanden. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat men in de dorpen met veel minder eerstelijnswerkers te maken heeft en daardoor sneller en gemakkelijker op informele wijze met elkaar in contact treedt. De fysiotherapeuten oefenen hun praktijk uit in het kruisgebouw; de maatschappelijk werk(st)er, verloskundige en de gezinszorg houden veelal spreekuur in het kruisgebouw. Hierdoor wordt het ge-

makkelijk om met elkaar en met de wijkverpleging over patiënten, indien nodig, overleg te plegen.

In de vorige paragraaf zijn reeds enkele samenwerkingsverbanden respectievelijk koffieuurtjes aan de orde geweest, waarbij ook hulpverleners uit de buitendorpen betrokken zijn. Hierop zal nu niet meer worden ingegaan. Deze paragraaf zal zich beperken tot de gestructureerde samenwerkingsrelaties binnen de eerste lijn in het buitengebied.

De zeven huisartsen uit het buitengebied hebben allen deel aan home-teams. Er kunnen twee soorten home-teams worden onderscheiden. Vier huisartsen werken samen met een maatschappelijk werkende en iemand van het DCGG in een dergelijk team. De overige drie huisartsen vormen samen met drie wijkverpleegkundigen en een maatschappelijk werkende een 'echt' home-team. Het betreft continue samenwerkingsverbanden, die gebaseerd zijn op formeel gemaakte afspraken. Er wordt eens per drie weken respectievelijk een keer per maand één tot twee uur vergaderd over patiënten. Ten behoeve van deze vergaderingen wordt aan het begin ervan een agenda opgesteld. Er worden afspraken gemaakt, meestal naar patiënten toe, die worden nageleefd. Zo nu en dan nodigt men ook andere disciplines uit op de teambesprekingen. Evenals in de kom Hoogeveen worden er in Zuidwolde ook halfjaarlijkse plenaire vergaderingen georganiseerd voor alle hulpverleners in de eerste lijn. Er worden onderwerpen besproken, vaak aan de hand van een spreker die hiervoor wordt uitgenodigd.

Bijna alle huisartsen houden een keer per vier à zes weken casuïstiekbesprekingen met fysiotherapeuten. Deze besprekingen duren gewoonlijk niet langer dan één uur. Er wordt geen agenda opgesteld. Indien er afspraken worden gemaakt, worden ze ook nageleefd.

5.5. Samenwerkingsrelaties binnen de tweede lijn

Aan het eind van dit hoofdstuk zal kort worden ingegaan op de samenwerkingsrelaties binnen de tweede lijn.

De specialisten consulteren elkaar niet alleen, ze treden ook met elkaar in contact op oncologiebesprekingen, klinisch-pathologische conferenties en klinische middagen/avonden. Tevens hebben de medische stafleden de gelegenheid om elkaar op informele wijze te ontmoeten tijdens het koffieuur

op zaterdagmorgen in het ziekenhuis.

Eens per maand worden er stafvergaderingen gehouden, die alle door medische stafleden bijgewoond dienen te worden. De ene maand heeft de bijeenkomst een wetenschappelijk karakter; de andere maand is ze huishoudelijk van aard. Er komen dan beleidsmatige en bestuurlijke zaken aan de orde. De samenwerking met huisartsen wordt besproken. Er worden mededelingen uit het overlegorgaan en diverse andere commissies gedaan. Ingekomen stukken worden behandeld en vacatures worden besproken.

Ook zijn er in de loop der tijd in het ziekenhuis commissies, teams en werkgroepen in het leven geroepen, waarbinnen de medische stafleden met elkaar, maar ook met de verpleging, de maatschappelijk werker, fysiotherapeuten en verloskundigen uit het ziekenhuis en eerstelijns-hulpverleners buiten de kliniek contact hebben.

Enkele van deze samenwerkingsverbanden zijn reeds besproken. In deze paragraaf zal slechts aandacht worden besteed aan de farmacotherapie-commissie, die in 1975 is geïnstalleerd met hetzelfde doel als de geneesmiddelencommissie. Deze farmacotherapie-commissie, gevormd uit een internist, een psychiater, een anaesthesist, een ziekenhuisapotheker en ad hoc een of meer specialisten, biedt ook haar achterban een concept aan waarin een bepaalde groep geneesmiddelen wordt besproken en waarin aanbevelingen worden gedaan. Dit concept wordt op de vergadering van de medische staf besproken, eventueel gewijzigd en dan aanvaard. De werkzaamheden van deze commissie hebben eind 1980 geresulteerd in een formularium voor de ziekenhuizen te Hogeveen en Meppel. De commissie beslist over opname, wijziging of verwijdering van farmaca uit dit bestand.

HOOFDSTUK 6 FINANCIËLE GEVOLGEN VAN DE SAMENWERKING BINNEN DE GEZONDHEIDSZORG IN DE REGIO HOOGEVEEN

6.1. *Inleiding*

In het voorgaande zijn de samenwerkingsrelaties beschreven zoals die zich binnen de eerste en tweedelijnsgezondheidszorg in de regio Hogeveen de laatste tien jaar hebben ontwikkeld. Over de problemen die wellicht een aantal van deze samenwerkingsrelaties in negatieve zin beïnvloeden, is

nog weinig gezegd. In de nu volgende hoofdstukken zal hieraan aandacht worden geschonken. Het accent zal vooral komen te liggen op de knelpunten die de integratie tussen eerste en tweede lijn hebben kunnen schaden. We zullen daarbij eerst aandacht schenken aan de financiële aspecten voor het ziekenhuis Bethesda.

6.2. Financiële gevolgen voor het ziekenhuis

(A. Brouwer, Nationaal Ziekenhuis Instituut)

Het beleid van bestuur en directie van het Bethesda-ziekenhuis te Hoogeveen is gericht op versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en integratie van intra- en extramurale gezondheidszorg.

Zoals reeds is vermeld wordt in dit hoofdstuk verslag uitgebracht van een inventariserend onderzoek naar de financiële knelpunten ten aanzien van de bestaande samenwerkingsstructuur. In deze paragraaf zullen we ingaan op de vraag of de integratie financiële gevolgen heeft voor het ziekenhuis. Op de mogelijkheden van regionale budgettering van de gezondheidszorg in Hoogeveen wordt in hoofdstuk 9 ingegaan.

In 1970 is een nieuw ziekenhuis in gebruik genomen, waardoor het beddenaantal is verhoogd van 207 tot 307.

De stimulering van de eerstelijnsgezondheidszorg gaat gepaard met een toenemend gebruik van de paramedische productie-afdelingen, zoals röntgenafdeling en klinisch-chemisch laboratorium.

Teneinde enig inzicht te verkrijgen in de ontwikkelingen van het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen wordt eerst een overzicht gegeven van de ontwikkeling van de opnamen, verpleegdagen en polikliniekbezoeken vanaf 1970. Ter vergelijking met de ontwikkeling van de algemene trend in de algemene ziekenhuizen in Nederland zijn de gemiddelde cijfers van deze algemene ziekenhuizen eveneens opgenomen.

6.2.1. Klinische bedbezetting

In tabel 3 wordt de ontwikkeling van het aantal opnamen en verpleegdagen weergegeven; daarnaast de ontwikkeling van het bezettingspercentage en de gemiddelde verpleegduur.

Tabel 3 Opnamen, verpleegdagen, bezettingspercentage en gemiddelde verpleegduur, 1970-1981.

	OPNAMEN		VERPLEEGDAGEN		BEZETTINGS- PERCENTAGE		GEMIDDELTE VERPLEEGDUUR	
	Hoogeveen		Landelijk		Hooge- Lande- veen		Hooge- Lande- veen	
	Index		Index		Index		Index	
	Aantal	Index	Aantal	Index	Aantal	Index	Aantal	Index
1970	5.118		82.141		79.9	91.9	16.1	17.3
1971	6.013		97.236		86.7	91.1	16.2	16.8
1972	5.677		100.375		89.3	89.9	17.7	16.5
1973	5.789	100	97.835	100	87.2	87.7	16.9	16.6
1974	5.629	97	91.040	93	81.2	86.8	16.1	15.6
1975	5.929	102	93.331	95	83.3	85.9	15.6	15.2
1976	5.756	99	90.457	92	80.7	85.2	15.7	14.6
1977	5.947	103	91.934	94	82.0	84.8	15.5	14.4
1978	6.124	106	91.796	94	81.9	85.1	15.0	14.0
1979	6.287	109	93.888	96	83.8	84.4	14.9	13.7
1980	6.562	114	89.305	91	79.5*	83.8	13.6*	13.4
1981	6.643	115	87.660	90	78.2*	82.8	13.2*	13.0

*Afdeling psychiatrie in mei 1980 tijdelijk gesloten, heropend in 1981.
Uitgaande van een ongewijzigde bezettingsgraad zou het bezettingspercentage voor 1980 uitkomen op 86.8 %.

Vergelijking van de indexcijfers van Hoogeveen met de landelijke indexcijfers leidt tot de volgende conclusies:

- De ontwikkeling van het aantal opnamen en het aantal verpleegdagen loopt ongeveer parallel met het landelijke beeld.

Hierbij dienen we in ogenschouw te nemen dat in Hoogeveen in 1970 een nieuw ziekenhuis in gebruik is genomen, hetgeen een uitbreiding met 100 bedden betekende.

- Het bezettingspercentage is in de afgelopen periode duidelijk gedaald, zowel landelijk als in Hoogeveen.

Het lage bezettingspercentage in 1980/1981 wordt vooral verklaard door een tijdelijke sluiting van de afdeling psychiatrie. Uitgaande van een ten opzichte van 1979 ongewijzigde bezettingsgraad in de afdeling psychiatrie zou het bezettingspercentage voor 1980 op 86.8 % uitgekomen zijn.

- De gemiddelde verpleegduur daalt eveneens zowel landelijk als in Hoogeveen.

6.2.2. Polikliniekbezoek

In tabel 4 wordt de ontwikkeling van het aantal polikliniekbezoeken voor Hoogeveen weergegeven sinds 1975. Daarnaast wordt het aantal polikliniekbezoeken per 100 opnamen voor Hoogeveen en voor alle algemene ziekenhuizen weergegeven.

Tabel 4 Polikliniekbezoeken

	HOOGVEEEN			LANDELIJK	
	Absoluut	Absoluut per 100 opnamen	Index per 100 opnamen	Absoluut per 100 opnamen	Index per 100 opnamen
1975	53.071	888	100	1.035	100
1976	51.733	899	101	1.044	101
1977	50.936	857	97	1.074	104
1978	50.101	818	92	1.158	112
1979	51.761	823	93	1.126	109
1980	54.753	834	94	1.136	110

Uit de vergelijking van de cijfers uit Hoogeveen met de landelijke cijfers blijkt dat het aantal polikliniekbezoeken per 100 opnamen in Hoogeveen beduidend lager ligt dan de landelijke cijfers.

Landelijk gezien is de bezoekersstroom in de polikliniek ten opzichte van de kliniek gestegen. In Hoogeveen is het aantal polikliniekbezoeken in vergelijking met het aantal opnamen gedaald. Overigens dienen deze gegevens met enige voorzichtigheid te worden gehanteerd, omdat de definitie van een polikliniekbezoek niet altijd op dezelfde wijze wordt geïnterpreteerd. Interessant is een vergelijking van het aantal eerste bezoeken en het aantal herhalingsbezoeken in de polikliniek.

Tabel 5 Aantal eerste en herhalingsbezoeken per
100 opnamen in de polikliniek over 1980

	Hoogeveen	Landelijk
Aantal eerste bezoeken	250	240
Aantal herhalingsbezoeken	<u>584</u>	<u>896</u>
Totaal aantal bezoeken	<u>834</u>	<u>1136</u>
Herhalingsfrequentie	2.3	3.7

Uit de gegevens van tabel 5 blijkt dat het aantal eerste bezoeken per 100 opnamen in Hoogeveen en landelijk gezien ongeveer gelijk is. Het aantal herhalingsbezoeken is in Hoogeveen echter aanzienlijk lager dan gemiddeld in alle algemene ziekenhuizen.

De herhalingsfrequentie per eerste bezoek is in Hoogeveen 2.3 en landelijk 3.7.

6.2.3. Paramedische afdelingen

In de tabellen 6, 7 en 8 wordt een overzicht gegeven van de produktie op de belangrijkste paramedische afdelingen over 1979.

Het aantal klinische verrichtingen wordt weergegeven per 100 opnamen en het aantal poliklinische verrichtingen per 100 polikliniekbezoeken. Ter vergelijking worden de landelijke cijfers weergegeven.

In de produktiecijfers van de polikliniek zijn in principe ook de onderzoeken t.b.v. andere ziekenhuizen en - voor zover aanwezig- het huisartsenlaboratorium begrepen.

Tabel 6 Klinische verrichtingen per 100 opnamen 1979

	Hoogeveen	Landelijk
Operaties	53	63
Röntgenverrichtingen	100	121
Laboratoriumpunten	19.100	11.500
Fysische therapie	281	266
Functie-onderzoek	206	93

Tabel 7 Poliklinische verrichtingen per 100 polikliniekbezoeken 1979

	Hoogeveen	Landelijk
Operaties	5	5
Röntgenverrichtingen	38	31
Laboratoriumpunten	2.200	890
Fysische therapie	11	20
Functie-onderzoek	17	10
Aantal herhalingsbezoeken per 1e polikliniekbezoek	2.3	3.7

Tabel 8 Poliklinische verrichtingen per 100 eerste polikliniekbezoeken 1979

	Hoogeveen	Landelijk
Operaties	17	23
Röntgenverrichtingen	126	147
Laboratoriumpunten	7.300	4.200
Fysische therapie	35	95
Functie-onderzoek	56	47

Uit deze gegevens blijkt dat Hoogeveen in vergelijking met de landelijke gemiddelde cijfers van de algemene ziekenhuizen een hoge produktie scoort bij de klinische laboratoriumpunten en de klinische functie-onderzoeken. In de polikliniek is de laboratoriumproduktie eveneens hoog. De fysische therapie scoort hier laag.

6.2.4. Financiële gegevens

A. Kosten

In tabel 9 worden de kosten per verpleegdag weergegeven. Hierbij blijkt dat deze kosten in Hoogeveen op het landelijk gemiddelde of iets daarboven liggen.

Tabel 9 Kosten per verpleegdag

	Hoogeveen	Landelijk
1973	f 181,=	f 151,=
1974	f 223,=	f 178,=
1975	f 253,=	f 219,=
1976	f 285,=	f 250,=
1977	f 313,=	f 281,=
1978	f 316,=	f 312,=
1979	f 346,=	f 344,=
1980	f 404,=	f 378,=

Bron: 1973 t/m 1977 uit jaarverslag Ziekenhuis Bethesda Hoogeveen.
1978 t/m 1980 uit NZI-gegevens.

De kosten per verpleegdag betreffen alle kosten van het ziekenhuis, dus inclusief de door het ziekenhuis gemaakte kosten ten behoeve van de polikliniek. Deze totale kosten zijn gedeeld door het aantal verpleegdagen.

B. Beoordeling van de kosten door het C.O.Z.

De verpleegtarieven worden door het C.O.Z. vastgesteld op basis van een beoordeling van de kosten. Deze worden aan de C.O.Z.-richtlijnen getoetst. Belangrijke kostenposten zijn: administratie, civiele dienst en verpleging.

Indien de bezettingsgraad lager is dan 90 % kan de beoordeling en de vaststelling van de voor verdiscontering in de tarieven in aanmerking komende kosten voor directie, administratie en civiele dienst plaatsvinden op basis van een berekende bezettingsgraad, die maximaal 10 % hoger is dan de bezettingsgraad die het uitgangspunt vormt voor de bepaling van de verpleegtarieven. Deze berekende bezettingsgraad kan maximaal 90 % bedragen.

Voor de verpleging geldt dezelfde regeling, met dien verstande dat een maximaal 5 % hogere bezettingsgraad in aanmerking wordt genomen.

Eén en ander betekent dat ziekenhuizen bij een dalende bezettingsgraad tussen 90 % en 80 % hun personeelsbezetting voor directie, administratie en civiele dienst mogen handhaven (op het niveau van 90 %).

Voor de verpleging mag men tussen 85 % - 90 % bezetting het niveau van de personeelsformatie bij 90 % bedbezetting handhaven. Tussen 85 % - 80 % mag men in de personeelsbezetting 5 % bijtellen. Op langere termijn dient er wel een structurele aanpassing van de bedbezetting plaats te vinden.

Verschuiving van klinische naar poliklinische behandeling behoeft dus voor het ziekenhuis voor wat het klinische deel betreft niet altijd financiële nadelen met zich te brengen.

Voor de paramedische verrichtingen zoals laboratorium en röntgen neemt het C.O.Z. de hoogte van de produktie als een gegeven aan. Met andere woorden: als de produktie stijgt kan er meer personeel worden aangetrokken.

Een toename of afname van de produktie werkt in principe financieel neutraal uit voor het ziekenhuis.

Uit de exploitatieresultaten van de afgelopen jaren blijkt dat naast enkele jaren met grote tekorten ook jaren met flinke overschotten voorkomen. In totaliteit zijn de opbrengsten in principe gelijk aan de kosten. Het is moeilijk om uit de financiële jaarrekeningen van het ziekenhuis conclusies te trekken met betrekking tot de financiële gevolgen van het proces van integratie tussen eerste en tweedelijnsgezondheidszorg. Exploitatie-overschotten en/of -tekorten kunnen meerdere oorzaken hebben. Bovendien komt de kwaliteit van behandeling en verzorging niet in de financiële cijfers naar voren.

6.2.5. Samenvatting van de produktie- en de kostencijfers

Uit het voorafgaande kunnen globaal de volgende conclusies worden getrokken:

- a. Het ziekenhuis in Hoogeveen is in 1970 met 100 bedden uitgebreid.
- b. De trend in de ontwikkeling van het aantal opnamen en verpleegdagen loopt in Hoogeveen parallel met de landelijke ontwikkeling.
Ditzelfde geldt voor het bezettingspercentage en de gemiddelde verpleegduur.
- c. De trend in de ontwikkeling van het aantal polikliniekbezoeken per 100 opnamen is in Hoogeveen vrij stabiel. Landelijk is er van een lichte stijging sprake. Het aantal herhalingsbezoeken is in Hoogeveen opvallend laag vergeleken met de landelijke cijfers.
- d. Hoogeveen scoort ten opzichte van de landelijke gegevens hoog voor klinische en poliklinische laboratoriumpunten en de klinische functie-onderzoeken.
Het aantal röntgenverrichtingen is voor klinische patiënten relatief laag.
- e. De kosten per verpleegdag liggen in Hoogeveen op het landelijk gemiddelde of iets daarboven.

6.2.6. Financiële gevolgen van de samenwerking tussen 1e en 2e lijn

A. De rol van het C.O.Z.

Bij een niet sluitende exploitatiebegroting kan de instelling bij het C.O.Z. (thans C.O.T.G.) een verzoek indienen tot individuele verhoging van het tarief.

De kosten van de instellingen worden dan door het C.O.Z. getoetst aan richtlijn per produkt of per dienst, of het geheel hiervan. De kosten die bij deze toetsing aanvaardbaar zijn gebleken worden in het tarief opgenomen.

In de kern beogen de C.O.Z.-richtlijnen niet de omvang van de dienstverlening te regelen, maar zijn erop gericht dat, wanneer besloten is tot een bepaalde behandeling of dienstverlening, deze tegen aanvaardbare kosten tot stand komt. Wel kan de instelling bij het teruglopen van de bezettingsgraad een individuele aanvraag indienen met verzoek tot tariefsverhoging.

B. Gevolgen voor het ziekenhuis van de versterking van de eerste lijn

Zoals uit het voorgaande bleek heeft de versterking van de eerste lijn in Hoogeveen geleid tot toegang van de huisartsen tot enkele paramedische afdelingen van het ziekenhuis. Voorts bleek een hoge produktie op het klinisch-chemisch laboratorium.

In principe kunnen en worden de kosten van een eventueel toegenomen produktie in het verrichtingentarief en/of het verpleegtariaf opgenomen.

Niet geheel duidelijk is geworden of de versterking van de eerste lijn heeft geleid tot een daling van het aantal verpleegdagen in Hoogeveen. De bezettingsgraad van het ziekenhuis is de afgelopen jaren wel gedaald, maar landelijk was deze daling eveneens aanwezig, zij het wellicht in iets minder sterke mate.

Het beleid van het C.O.Z. is zodanig dat er eerst bij een daling beneden de 85 % een (structurele) aanpassing op de verpleegafdeling hoeft plaats te vinden. Voor de economisch/administratieve dienst en voor de civiele dienst is dit bij 80 % bezetting.

We wagen ons dan ook aan de volgende conclusie:

- Een daling of stijging van het aantal verpleegdagen en/of van het aantal verrichtingen op de nevenafdelingen ten gunste van een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en integratie van intra- en extramurale gezondheidszorg behoeft bij het huidige C.O.Z.-beleid op zich niet te leiden tot exploitatieverliezen voor het ziekenhuis.
- Indien dit op langere termijn leidt tot een sterkere vermindering van het aantal verpleegdagen, zullen er structureel aanpassingen plaats moeten vinden, bijvoorbeeld vermindering van het aantal bedden. Dit kan/zal leiden tot een vermindering van de (klinische) geldstroom naar het betrokken ziekenhuis.

*6.3. Subjectief ervaren financiële knelpunten
voor huisartsen en specialisten*

In de voorafgaande paragraaf is gebleken dat de financiële gevolgen van het integratieproces, althans op dit moment, voor het ziekenhuis niet negatief zijn. In deze paragraaf zullen we nagaan in hoeverre bij huisartsen en specialisten de gedachte leeft dat de samenwerking heeft geleid

tot financiële knelpunten.

We moeten daarbij nog even het feit in herinnering roepen dat het overgrote deel van de specialisten in loondienst is van het ziekenhuis, wat betekent dat voor hen samenwerken met de eerste lijn financieel neutraal is. Wat de huisartsen betreft zijn er twee aspecten aan te wijzen: aan de ene kant het feit dat gemiddeld 88 % (gemeente Hoogeveen) respectievelijk 64 % (Zuidwolde) van de patiënten ziekenfondsverzekerden zijn voor wie de huisarts bij abonnement betaald wordt. Integratie van de eerste en tweede lijn, resulterend in een verschuiving van de zorg van tweede naar eerste lijn, betekent voor de huisarts dus voor deze groep patiënten geen rechtstreekse achteruitgang in inkomen. Wél is denkbaar dat de toegenomen werkbelasting per patiënt, die een verschuiving naar de eerste lijn voor de huisarts met zich meebrengt, de huisartsen in toenemende mate dwingt tot praktijkverkleining (door associatie of het afstoten van patiënten aan nieuw gevestigde collegae), zodat op die wijze tóch een inkomenseffect denkbaar is. Wat betreft aan de andere kant de particuliere patiënten van de huisarts, die per verrichting betalen, betekent versterking van de eerste lijn een inkomensvergroting (zij het uiteraard gepaard gaande met een evenredige stijging van de aan die patiënten bestede tijd). Doordat wij konden beschikken over de aantallen ZF-verzekerden per huisarts (c.q. huisartsencombinatie) konden wij een indicatie krijgen van het verloop van de grootte van de ZF-praktijk (1977-1980), met het volgende resultaat (alleen de kom Hoogeveen):

1 duo-praktijk blijft constant; 1 duo-praktijk trekt een derde man aan en groeit iets, maar per arts gemiddeld een daling van 38 %; 1 duo-praktijk groeit heel licht (4 %); 1 solo-praktijk daalt licht (7 %), 1 solist associeert zich met gelijke praktijk, dus een daling van 50 %, 1 solist daalt licht (5 %), 1 solist associeert zich en stijgt licht, maar per arts een afname van bijna 50 %, 1 solist daalt wat (10 %), en een driemanspraktijk stijgt en wordt een tweemanspraktijk (per arts een grote stijging van de, overigens kleine, aantallen.)

Over het algemeen kan dus niet gezegd worden dat de ZF-praktijk in Hoogeveen drastisch is afgenomen, hoewel dit voor de huisartsen, die er een tweede of derde man bij hebben genomen, natuurlijk anders ligt.

Tabel 10 geeft de mening weer van huisartsen en specialisten over een aantal financiële aspecten van de samenwerking.* (Noot zie volgende pag.)

Tabel 10 Meningen van huisartsen (bovenste rij) en specialisten (onderste rij) over een aantal financiële aspecten van de samenwerking, in hele procenten (aantal huisartsen 24; aantal specialisten 22)

Uitspraak	Volledig of grotendeels eens	Volledig of grotendeels oneens	Geen mening (soms te lezen als niet van toepassing)
De huidige financieringsstructuur vormt een belemmering voor de samenwerking met huisartsen respectievelijk specialisten	46 36	17 27	37 37
De huidige problemen tussen eerste en tweede lijn te Hoogeveen hebben grotendeels een financiële achtergrond	21 18	50 55	29 27
Als gevolg van de samenwerking met huisartsen respectievelijk specialisten is mijn inkomen gedaald	17 0	67 42	16 58
De daling van de bedbezetting heeft de samenwerking met huisartsen resp. specialisten negatief beïnvloed	44 14	26 55	30 31
De grootte van mijn praktijk is aanzienlijk afgenomen	38 9	54 77	8 14
Een verdere daling van de grootte van mijn praktijk is vanuit financieel oogpunt niet meer acceptabel	63 29	25 29	13 42
De samenwerking tussen huisartsen en specialisten kost het ziekenhuis nogal wat geld	25 33	42 34	33 33
Door de samenwerking tussen 1e en 2e lijn zal het ziekenhuis onvermijdelijk bedden en specialisten moeten inleveren	46 23	29 36	25 41

*Het betreft hier de mening van 22 specialisten (verstuurd: 37) en 24 huisartsen (verstuurd: 25; het 25e formulier kwam te laat binnen voor verwerking). Enkele formulieren blijken door meerdere specialisten gezamenlijk te zijn ingevuld.

Over het algemeen zien de huisartsen wat meer financiële problemen dan de specialisten, zowel wat betreft hun eigen financiële situatie, als wat betreft financiële aspecten aan de zijde van het ziekenhuis.

Hoewel 38 % van de huisartsen stelt dat de praktijkgrootte als gevolg van de samenwerking aanzienlijk is afgenomen (wat redelijk overeenkomt met het werkelijke aantal verkleinde praktijken), is slechts 17 % van mening dat ook het inkomen gedaald is. Wél is voor 63 % van de huisartsen een verdere daling van de praktijkgrootte financieel niet acceptabel, een gegeven waarbij het woord 'verdere' soms tussen haakjes gezet moet worden. Opvallend is het verschil tussen huisartsen en specialisten als het gaat om de rol van de dalende bedbezetting van het ziekenhuis.*

Veel meer dan de specialisten zien de huisartsen de lage bedbezetting in negatieve zin van invloed op de samenwerking. Dat is psychologisch voor de huisartsen ook wel iets gemakkelijker dan voor hun specialistische collega's: bedbezetting is immers een probleem waar zij buiten staan, dat zij dus sneller als negatieve factor kunnen aanwijzen dan de specialisten, die door hun opnamebeleid zelf mede de bedbezetting bepalen, en voor het merendeel ook nog als werknemer in dienst zijn van een werkgever voor wie bedbezetting in zekere mate het bedrijfsresultaat bepaalt.

Twee keer zoveel huisartsen als specialisten denken dat het ziekenhuis als gevolg van de samenwerking bedden en specialisten zal moeten inleveren. Ook hier geldt dat het antwoord 'mee eens' voor de huisartsen iets gemakkelijker is, dan voor de specialisten.

Dat meer dan de helft van de huisartsen en tweederde van de specialisten niet van mening is dat de huidige financieringsstructuur de samenwerking belemmert is opvallend, als men bedenkt dat deze uitspraak objectief gezien toch grotendeels waar is.

Alles bij elkaar genomen lijken de gepercipieerde financiële knelpunten in de samenwerking wel mee te vallen; slechts één op de vijf ondervraagde artsen acht de achtergrond van de problematiek grotendeels van financiële aard.

*Sinds de sterke daling van 89.3 % in 1972 naar 81.2 % in 1974 is overigens van een verdere daling geen sprake, afgezien van de tijdelijke daling door de afwezigheid van de psychiaters.

6.4. Financiële gevolgen van de samenwerking voor de stadsapothekers

De samenwerking tussen huisartsen en stadsapothekers binnen de geneesmiddelencommissie heeft zeker haar vruchten afgeworpen. Er wordt bij gelijkwaardige geneesmiddelen gekozen voor het goedkoopste preparaat. Dit heeft geleid tot aanzienlijke besparingen. Een en ander komt tot uitdrukking in tabel 11.

Tabel 11 Kostenoverzicht 1972-1980 van de aan ziekenfondsverzekerden voorgeschreven medicamenten door de huisartsen te Hoogeveen, vergeleken met de niet-apotheekhoudende huisartsen in het werkgebied (regio) van de lokale ziekenfondsen.

Totale kosten per verzekerde	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Uitsluitend Hoogeveen	66,14	69,48	75,10	83,65	86,07	93,21	95,06	92,66	101,12
Regio excl. Hoogeveen	62,19	66,70	71,93	82,38	88,42	96,26	101,90	103,60	112,51
Verschil	+3,95	+2,78	+3,17	+1,27	-2,35	-3,05	-6,84	-10,94	-11,39

Bron: Jaarlijks uitgegeven ziekenfondsstatistiek, ziekenfonds DNO.

Tot 1974 zijn de totale kosten van het geneesmiddelengebruik per verzekerde in Hoogeveen hoger dan in de regio. Na de oprichting van de geneesmiddelencommissie in 1974 stijgen deze kosten minder snel in Hoogeveen vergeleken met de regio en vanaf 1976 wordt het verschil tussen Hoogeveen en de regio relatief steeds groter. In 1980 liggen de totale kosten voor geneesmiddelen per verzekerde zelfs 11,39 gulden lager in Hoogeveen ten opzichte van de regio.

Er wordt in Hoogeveen flink bespaard op het geneesmiddelengebruik, echter ten koste van de apothekers die de financiële gevolgen van het voorschrijven van goedkopere preparaten nu in hun eigen portemonnee voelen. Voor hen is momenteel de grens van het mogelijke bereikt. Zij zullen geen bijdrage meer leveren aan een verdergaande samenwerking indien dat hen geld kost.

6.5. Conclusie

In 1980, het laatste jaar waarover wij gegevens hebben, was zeker geen sprake van negatieve financiële gevolgen van de samenwerking voor het ziekenhuis. Ook inspectie van de gegevens over eerdere jaren levert, tegen de achtergrond van de door het C.O.Z. (thans C.O.T.G.) gevoerde politiek, geen reden om te concluderen tot financiële problemen voor het ziekenhuis *als gevolg van de samenwerking*.

Ook is zichtbaar geworden dat door huisartsen en specialisten geen grote financiële knelpunten worden ervaren, zodat een terughoudendheid bij de uitbouw van de samenwerking om financiële redenen (terecht of ten onrechte zo gepercipieerd) bij deze hulpverleners niet waarschijnlijk is.

De enigen die met recht hebben gesproken over financieel nadelige gevolgen van de samenwerking zijn de apothekers. Hun omzet is aanzienlijk gedaald als gevolg van het goedkopere voorschrijfgedrag van de huisartsen.

HOOFDSTUK 7 KNELPUNTEN IN DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

7.1. Inleiding

In hoofdstuk 2 hebben we enkele door De Greve en Vrakking genoemde 'fenomenen' behandeld, die het tot stand komen of in stand blijven van samenwerking kunnen verklaren, zijnde het ruilfenomeen, het normatieve fenomeen, het individuele motivatiefenomeen, en het (te Hoogeveen niet relevante) machtsafhankelijkheidsfenomeen. Aan de hand van deze fenomenen zullen wij de te Hoogeveen aanwezige knelpunten analyseren; aan deze invalshoeken om naar de problematiek te kijken, hebben we nog de problematiek van de onderlinge taakafbakening tussen huisarts en specialist toegevoegd.

7.2. Kosten en baten

Tabel 12 geeft de antwoorden van huisartsen en specialisten op een aantal uitspraken over de met samenwerking verband houdende kosten en baten (uiteraard niet in financiële zin).

De huisartsen lijken in vergelijking met de specialisten wat meer 'kosten' te moeten maken. Weliswaar vinden iets meer huisartsen dan specialisten dat samenwerking vooral de eerste en veel minder de tweede lijn versterkt, maar daar staat tegenover dat deze vooral voor de huisartsen een taakverzwaring met zich meebrengt. Bovendien vinden veel meer huisartsen dan specialisten dat de samenwerking te veel tijd kost in verhouding tot wat het oplevert. Opbrengsten in de vorm van meer vrije tijd doen zich niet voor; kosten in de vorm van verlies aan autonomie bij de beroepsuitoefening evenmin.

Tabel 12 Kosten en baten van samenwerking voor huisartsen (bovenste rij) en specialisten (onderste rij), in hele procenten.
Aantal huisartsen 24; aantal specialisten 22.

Uitspraak	Volledig of grotendeels eens	Volledig of grotendeels oneens	Geen mening of niet van toepassing
Samenwerken met specialisten resp. huisartsen kost in relatie tot wat het oplevert te veel tijd aan overleg	54 14	42 77	4 9
Samenwerken met specialisten versterkt vooral de 1e en veel minder de 2e lijn	58 46	38 41	4 13
Samenwerken betekent voor een hulpverlener geen verlies aan autonomie	96 90	4 5	- 5
Samenwerken met specialisten resp. huisartsen betekent voor mij méér vrije tijd	- -	91 86	9 14
De samenwerking met specialisten respectievelijk huisartsen heeft voor mij geleid tot taakverzwaring	58 32	21 59	21 9

7.3. Het normatieve perspectief

Tabel 13 geeft de antwoorden van huisartsen en specialisten op enkele uitspraken betreffende het normatieve perspectief inzake samenwerking.

De huisartsen blijken iets hoger te scoren op wat wel wordt aangeduid als het 'normatief idealiserend perspectief', hoewel de verschillen niet groot zijn. De wat hogere 'kosten' die de samenwerking voor de huisartsen met zich meebrengt lijken gecompenseerd te worden door het feit dat de huisartsen, iets meer dan de specialisten, samenwerken tot norm verheven hebben, waaraan zij zelf een deel van hun motivatie tot samenwerken ontleenen. Kort gezegd: het kost ze meer tijd dan de specialisten, maar ze vinden het ook (nóg) belangrijker. Het betreft echter, zoals gezegd, niet zeer grote verschillen.

Tabel 13 Antwoorden van huisartsen (bovenste rij) en specialisten (onderste rij) op uitspraken betreffende het normatieve perspectief inzake samenwerking.

Uitspraak	Volledig of grotendeels eens	Volledig of grotendeels oneens	Geen mening of niet van toepassing
Het belang van samenwerking tussen eerste en tweede lijn wordt vaak overdreven	8 32	92 55	- 13
Samenwerken met specialisten resp. huisartsen is een noodzakelijke voorwaarde voor een goede beroepsuitoefening	100* 95*	- -	- 5
Samenwerking is slechts een modeverschijnsel	5 5	90 85	5 10

*De huisartsen scoren hier iets vaker 'volledig eens', en zijn dus iets extremer.

7.4. Taakafbakeningsproblemen

Tot zover geen grote problemen: financieel geen problemen, terwijl de huisartsen best bereid zijn veel tijd te investeren, omdat zij samenwerking zo belangrijk vinden (dat geldt in absolute zin trouwens even goed voor de specialisten). Toch is, zoals in paragraaf 4.2. al gesteld, tijdens de looptijd van het onderzoek de samenwerking door de huisartsen opgeschort. De belangrijkste oorzaak hiervoor is te vinden in problemen rond de taakafbakening tussen huisarts en specialist.

Reeds in de (telefonische) interviews was gebleken dat dit knelpunt een rol speelt. Op het moment dat dit rapport geschreven wordt, is de impasse nog steeds niet doorbroken. De huisartsen zijn de mening toegedaan dat de specialist zich méér als consultant voor de huisartsen moet opstellen. Ze klagen er over dat een aantal specialisten de patiënten te lang vasthouden en vaak doorverwijzen naar collegae buiten de huisarts om. Slechts met enkele specialisten is een zeer goede samenwerking bereikt volgens de huisartsen. Voor een deel van de specialisten gaat dit alles te ver. Zij stellen dat de huisartsen de patiënten teveel als hun eigendom beschouwen. Tabel 14 geeft op de gebruikelijke wijze de mening van huisartsen en specialisten weer over een aantal items betreffende de taakafbakening.

Tabel 14 Meningen van huisartsen (bovenste rij) en medische stafleden (onderste rij) over een aantal aspecten van de taak van huisarts en specialist, in hele procenten.

	Volledig of grotendeels eens	Volledig of grotendeels oneens	Geen mening
1. Als de specialist de huisarts verzoekt om na 1 jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts aan dat verzoek te voldoen	48 70	48 20	4 10
2. Huisartsen lichten specialisten voldoende in over hun patiënten die opgenomen worden	92 80	4 10	4 10
8. De huisarts die dat wil zou in het ziekenhuis sommige van zijn patiënten moeten kunnen meebehandelen	63 23	25 77	12 -
9. Controle van chronische patiënten hoort als regel verricht te worden door de huisarts	96 70	- 15	4 15
13. De huisarts blijft medeverantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis	71 18	17 77	12 5
14. De huisarts moet ervoor oppassen dat hij niet te veel op het terrein van de specialist komt	25 68	63 23	12 9
15. Een patiënt bij wie de specialist geen afwijkingen heeft gevonden, behoort direct terugverwezen te worden naar de huisarts	96 81	4 14	- 5

Vervolg tabel 14 Meningen van huisartsen en medische stafleden over een aantal aspecten van de taak van huisarts en specialist

	Volledig of grotendeels eens	Volledig of grotendeels oneens	Geen mening
19. Een voorlopig ontslagbe- richt voor de huisarts is noodzakelijk voor een goede voortzetting van de behandeling	96 81	4 19	- -
20. Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten be- hoort de inbreng van de huisarts even groot te zijn als die van de spe- cialist	38 10	62 85	- 5
22. Als een patiënt om een verwijskaart of een ver- wijzing vraagt, behoort de huisarts in principe aan dat verzoek te voldoen	46 64	46 14	8 22
24. Specialisten moeten zich in de eerste plaats op- stellen als consulenten voor de huisarts	79 64	13 36	8 -
26. Het inlichten van de zie- kenhuispatiënt over zijn ziekte is geheel de taak van de specialist	21 77	75 14	4 9
27. Wat betreft de zorg voor chronische patiënten is het aandeel van de huis- arts kleiner dan eigen- lijk gewenst is	75 33	4 24	21 43
28. De specialist licht de huisarts meestal voldoen- de in over zijn zieken- huispatiënten	57 86	39 -	4 14

Vervolg tabel 14 Meningen van huisartsen en medische stafleden over een aantal aspecten van de taak van huisarts en specialist

	Volledig of grotendeels eens	Volledig of grotendeels oneens	Geen mening
30. De specialist zou vaker met de huisartsen moeten overleggen over het geschiktste tijdstip voor ontslag van de ziekenhuispatiënt	79 38	17 38	4 24
32. De huisarts kan nog heel wat diagnostisch werk van specialisten overnemen	30 14	39 86	31 -
34. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten.	75 41	21 50	4 9
36. Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts slechts een bescheiden taak ten opzichte van zijn patiënten	54 82	46 14	- 4
38. Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven	17 52	67 29	16 19
39. De huisarts zou meer invloed moeten hebben op wat er met zijn verwezen patiënten gebeurt	79 14	13 76	8 10

De meningen van de huisartsen en medische stafleden lopen sterk uiteen wanneer het uitspraken betreft over de behandeling van de patiënt in het ziekenhuis.

De huisartsen zijn het er, in tegenstelling tot de medische stafleden, volledig of grotendeels mee eens dat ze meer invloed zouden moeten hebben op wat er met hun verwezen patiënten in het ziekenhuis gebeurt (79 % tegen 14 %, item 39), dat ze medeverantwoordelijk blijven voor de behandeling van hun patiënten in het ziekenhuis (71 % tegen 18 %, item 13) en dat ze in het ziekenhuis sommige patiënten moeten kunnen meebehandelen (63 % tegen 23 %, item 8).

De specialisten vinden verder dat zij juist de doorslag moeten geven als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname (52 % tegen 17 %, item 38) en dat huisartsen ervoor moeten oppassen dat ze niet teveel op het terrein van de specialist komen (68 % tegen 25 %, item 14). Een ruime meerderheid van de specialisten deelt de mening dat als de specialist de huisarts verzoekt om na een jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, de huisarts aan dat verzoek behoort te voldoen (70 % tegen 48 %, item 1). Over de berichtgeving en het overleg van specialisten naar huisartsen, alsook over het inlichten van de ziekenhuispatiënt door de specialist verschillen de meningen ook vaak aanzienlijk; 75 % van de huisartsen tegen 41 % van de specialisten is van mening dat specialisten tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg met huisartsen over hun patiënten behoren te plegen (item 34). Echter 56 % van de huisartsen vindt dat specialisten hen voldoende over ziekenhuispatiënten inlichten (item 28). Eens zoveel huisartsen (80 %) als specialisten (40 %) zijn het er mee eens dat de specialist vaker met de huisarts zou moeten overleggen over het geschiktste tijdstip voor ontslag van de ziekenhuispatiënt. Volgens de specialisten behoort het inlichten van de ziekenhuispatiënt geheel tot hun taak, in tegenstelling tot de mening van de huisartsen (item 26; 77 % tegen 21 %).

Met deze tabel wordt duidelijk hoever huisartsen en specialisten (nog?, weer?) van elkaar verwijderd zijn.

Toch zijn er ook wel 'lichtpuntjes'. Zo is opvallend dat de specialisten in meerderheid vinden dat zij zich in de eerste plaats als consulent voor de huisarts moeten opstellen (64 %, item 24). Hoewel geen vergelijkingsmateriaal beschikbaar is, lijkt dit percentage beslist aan de hoge kant.

Ook de gepercipieerde noodzaak van het voorlopige ontslagbericht is onzes inziens een goede zaak.

Voor een aantal items kunnen we de Hogeveense huisartsen vergelijken met een aantal collegae (604 solo-huisartsen op het verstedelijkt platteland en forensengemeenten, Dopheide, 1982). Zie tabel 15.

Tabel 15 Hogeveense huisartsen vergeleken met 604 solo-artsen

	Percentage mee eens Hogeveen	Percentage mee eens landelijk
De huisarts die dat wil zou in het ziekenhuis sommige van zijn patiënten moeten kunnen meebehandelen	63	56
De huisarts moet ervoor oppassen dat hij niet teveel op het terrein van de specialist komt	25	22
Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten behoort de inbreng van de huisarts even groot te zijn als die van de specialist	38	29
Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consultants voor de huisarts	79	87
Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven	17	36

Het blijkt dat de Hogeveeners iets meer terrein 'claimen' dan de landelijke groep artsen, maar van een 'overvragen' wat betreft de taakafbakening met de specialist lijkt toch geen sprake te zijn. Bij de uitspraak over het meebehandelen in het ziekenhuis is ook een vergelijking in de tijd mogelijk. De Melker (1973), aan wie deze uitspraak is ontleend, vond in het begin van de jaren zeventig dat landelijk 41 % van de huisartsen tegen 13 % van de specialisten het hiermee grotendeels of volledig eens was (in Hogeveen van de specialisten thans 23 %). Op beide fronten is de aan de huisarts toegemeten taak dus verbreed.

In tabel 16 staan enkele uitspraken die alleen aan specialisten zijn voorgelegd.

Tabel 16 Mening van de specialisten over enkele aspecten
van de samenwerking, in hele procenten

	Volledig of grotendeels mee eens	Volledig of grotendeels mee oneens	Geen mening
De taak van de specialist wordt steeds meer uitgehold	27	78	5
De huisarts verwijst tegen- woordig gerichter dan vroeger	50	32	18
Een verwijzing van de ene specialist naar de andere is een zaak waar de huisarts geheel buiten staat	23	64	13

De laatste uitspraak geeft aan dat de specialisten over de rol, die de huisarts bij een intercollegiale verwijzing kan spelen, niet zo negatief denken als in de interviews naar voren is gekomen. Wellicht zijn wenselijkheid en realiteit hier met elkaar in tegenspraak.

Ontevredenheid bij de specialisten lijkt uit deze tabel niet naar voren te komen.

7.5. *Individuele motivatie*

Wat betreft het 'individuele motivatiefenomeen' blijkt dat de uitspraak 'als je het goed bekijkt, draait de samenwerking tussen huisartsen en specialisten slechts op de krachten van enkele personen' door 50 % van de huisartsen geheel of gedeeltelijk wordt onderschreven, tegen 43 % van de specialisten; 29 % respectievelijk 38 % heeft hierover geen mening.

Het lijkt ons buiten kijf dat ook in Hoogeveen sommigen 'gedrevener' zijn dan anderen. De stimulerende rol van de vroegere algemeen directeur is al genoemd. Ook onder de huisartsen zijn er enkele aan te wijzen die reeds vanaf het eerste uur een voortrekkersrol hebben gespeeld. Uit de interviews die wij gehouden hebben is echter als overheersende indruk naar voren gekomen dat het samenwerkingsideaal algemeen door alle betrokkenen wordt gedeeld.

7.6. Conclusie

Wat betreft de problemen in de samenwerking tussen huisartsen en specialisten is het beeld langzamerhand compleet. De taakverzwaring die de samenwerking vooral voor de huisartsen met zich mee heeft gebracht, lijkt niet het grootste probleem: de huisartsen zijn gemotiveerd genoeg om dit op te brengen. Het belangrijkste en feitelijk ook het enige probleem dat huisarts en specialist gescheiden houdt, is een 'overlap' in het door de verschillende groepen geclaimde terrein. We zullen hier bij de conclusies van dit rapport nader op ingaan.

HOOFDSTUK 8 OVERIGE KNELPUNTEN TUSSEN EERSTE EN TWEEDE LIJN EN KNELPUNTEN BINNEN DE EERSTE LIJN

8.1. *Inleiding*

Hoewel in dit rapport het accent vooral ligt op de relatie tussen huisartsen en medische stafleden en de problemen daarbinnen, zullen in dit hoofdstuk kort de problemen, gesignaleerd tijdens de (telefonische) interviews, tussen de overige hulpverleners in de eerste lijn en de tweede lijn en binnen de eerste lijn worden beschreven.

8.2. *Knelpunten in de samenwerking tussen eerstelijnsverleners, exclusief huisartsen en de tweede lijn*

Bij de beschrijving van de samenwerkingsrelaties tussen eerste en tweede lijn is reeds gebleken dat er weinig directe contacten worden onderhouden tussen medische stafleden enerzijds en wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, gezinszorg, fysiotherapeuten anderzijds. Uit de interviews is gebleken dat dit nauwelijks als knelpunt wordt ervaren; een enkeling zou wel wat méér contact met specialisten willen hebben.

Het nog prille overleg tussen de psychiater, psycholoog en maatschappelijk werker van het ziekenhuis en het DCGG liep aanvankelijk nogal stroef. Dit had te maken met het feit dat het DCGG niet zo gelukkig was met de psychiatrische polikliniek in het ziekenhuis. Echter men heeft nu het niveau van 'social talk' bereikt.

8.3. *Knelpunten binnen de eerste lijn*

Alle hulpverleners die met elkaar samenwerken in het gezondheidscentrum zijn daarover zeer tevreden. Door het onder één dak werken zijn de hulpverleners goed bereikbaar voor elkaar. Er is direct overleg mogelijk. Zoals we hebben geconstateerd zijn vanaf het begin van de jaren zeventig in de regio Hoogeveen verschillende soorten 'home-teams' gevormd.

- Over de home-teams, bestaande uit huisartsen, maatschappelijk werkenden en afgevaardigden van het DCGG, zijn de betrokkenen op enkele uitzonderingen na over het algemeen tevreden. Men heeft elkaar langs deze weg

beter leren kennen, waardoor men gemakkelijker contact met elkaar opneemt en sneller naar elkaar doorverwijst. Tevens bespreekt en behandelt men samen patiënten.

- In de buitendorpen hebben enkele huisartsen samen met maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen home-teams ontwikkeld, waarvan het rendement als goed omschreven wordt.
- Typisch voor de wijk Krakeel zijn de home-teams bestaande uit huisartsen en wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundigen zijn over het algemeen gesproken tevreden. Een aantal huisartsen daarentegen heeft zich minder positief uitgelaten over deze samenwerking: men vond de inbreng van de huisartsen of van beide niet optimaal.

Over de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen buiten deze home-teams zijn nogal wat klachten gekomen van de kant van de huisartsen. Ze betreuren het dat het 'experiment Krakeel' beperkt blijft tot dat gedeelte van Hoogeveen. Dit houdt verband met het feit dat de wijkverpleging wijkgebonden en niet artsgebonden werkt. De wijkverpleging is van mening dat de huisartsen maar wijkgebonden moeten gaan werken.

In de tweede plaats klagen huisartsen over sterke wisselingen die onder de wijkverpleegkundigen plaats zouden hebben gehad. Dit bemoeilijkt het opbouwen van contacten.

In het verleden is er eens per maand op woensdagmorgen een koffieuurtje geweest voor wijkverpleging en huisartsen.

Het lastige tijdstip en de geringe belangstelling zijn de belangrijkste redenen geweest voor het verdwijnen ervan.

Ook hebben we geconstateerd dat er zich tussen een aantal huisartsen en fysiotherapeuten samenwerkingsrelaties hebben ontwikkeld. Niet alle huisartsen zijn daar tevreden over. Er wordt nogal getwijfeld aan het rendement. De fysiotherapeuten zijn er in eerste instantie tevreden over, maar zijn wel van mening dat het beter kan.

Enkele fysiotherapeuten vinden het bovendien niet juist dat er huisartsen zijn, die hun patiënten naar bepaalde fysiotherapie-praktijken verwijzen. Tussen huisartsen en gezinszorg bestaat nauwelijks contact, wat vooral door de gezinszorg betreurd wordt. De gezinszorg heeft pogingen gedaan om in de home-teams te komen, echter zonder succes. Volgens de gezinszorg be-

staat bij de huisartsen een angst voor onoverzichtelijkheid en zijn de 'lui van het huishouden' niet zo interessant.

Wat de gezinszorg ook irriteert is dat er in de home-teams vaak buiten de gezinszorg om het een en ander geregeld wordt en de gezinszorg dan voor een voldongen feit wordt gesteld. Na hierover ongeveer een half jaar geleden afspraken gemaakt te hebben, doen zich dergelijke voorvallen minder vaak voor.

Wat opvallend is, is dat er tussen gezinszorg en wijkverpleging slechts minimaal contact bestaat. Van de kant van de wijkverpleging is de behoefte erg klein.

De coördinator van de gezinszorg wijst erop dat er sprake is van een mentaliteitsverschil tussen gezinszorg en wijkverpleging. De wijkverpleging is sterk op het lichamelijke gericht; de gezinszorg op de gezinssituatie. De gezinszorg is van plan om bejaardenzorg te gaan opzetten. Op dat moment gaat ze zich ook met verzorging bezighouden en komt daardoor op het terrein van de wijkverpleging, waardoor praten met de wijkverpleging noodzakelijk zal worden.

Zowel het halfjaarlijkse koffieuur voor maatschappelijk werk en wijkverpleging als dat voor maatschappelijk werk en gezinszorg is als gevolg van gebrek aan belangstelling aan het vervagen.

Volgens maatschappelijk werkenden zou een intensievere samenwerking met de wijkverpleging wenselijk zijn.

Daar de werkzaamheden van het maatschappelijk werk en het DCGG elkaar nogal overlappen, zijn er wat taakafbakeningsproblemen, die echter niet ernstig zijn.

De samenwerking binnen de eigen discipline wordt meestal als goed ervaren. Er is alleen kritiek geleverd op het huisartsen- en fysiotherapeutenbeeraad. Een aantal huisartsen uit de kom Hoogeveen, alsook uit de buitendorpen, is matig tevreden over het huisartsenberaad: de vergaderingen duren té lang, omdat er veel aan de orde komt en teveel gepraat wordt, ze worden geleid door enkele huisartsen en de groep wordt te groot bevonden. Het is daarom niet verwonderlijk dat deze vergaderingen niet meer altijd even druk bezocht worden. Als redenen worden aangevoerd: vergadermoeheid,

geringere motivatie, de tijdsinvestering, angst om een klus te moeten opknappen en het lage rendement ervan. De huisartsen uit de buitendorpen vermelden daarnaast ook nog dat er nogal eens gesproken wordt over puur 'Hoogeveense' problemen, waar zij zelf buiten staan.

Ook onder de fysiotherapeuten bestaan nogal wat twijfels over het rendement van het fysiotherapeutenberaad. Dit geldt vooral voor de fysiotherapeuten uit de kom Hoogeveen.

Volgens sommige fysiotherapeuten wordt de onderlinge samenwerking beïnvloed doordat de fysiotherapeuten geen vaste patiëntenkring hebben. Een goed vestigingsbeleid of een vast patiëntenbestand is daarom wenselijk. In de tweede plaats wordt het beraad als té vrijblijvend gezien. Er zijn geen statuten en er is geen huishoudelijk reglement.

Tevens wordt een krachtiger bestuur nodig geacht. Het belangrijkste bestaansrecht is de weekend-dienstregeling en dat werkt goed. Daarnaast komen zaken als nieuwe vestigingen aan de orde.

Volgens de fysiotherapeuten uit het ziekenhuis en verpleeghuis zijn de bijeenkomsten van het beraad met name gericht op de vrijgevestigde fysiotherapeuten.

Samenvattend kunnen we stellen dat de samenwerking binnen de eerste lijn minder problematisch lijkt te verlopen dan die tussen de verschillende echelons. De geïnterpreteerde problematiek is althans niet afwijkend van de 'normale' problemen die samenwerken met zich meebrengt (waarmee overigens niet gezegd wil zijn dat de geconstateerde problematiek tussen huisartsen en specialisten niet normaal zou zijn; doordat samenwerking tussen huisarts en specialist van wat recenter datum is, is echter hun specifieke problematiek wat minder vertrouwd dan de typische eerstelijnsproblematiek). Voor de gedachte dat de problemen binnen de eerste lijn de integratie van eerste en tweede lijn in de weg staan, zijn geen aanwijzingen.

Wél baren de genoemde problemen binnen het huisartsenberaad wat zorgen. De oplossing van de niet geringe problemen tussen eerste en tweede lijn is gebaat bij een goed georganiseerde huisartsengroep, die in staat is een duidelijk, door allen gedragen, standpunt in te nemen. Het feit dat het huisartsenberaad vooral te kampen heeft met wat meer alledaagse problemen als vergadermoeheid en dergelijke, doet vermoeden dat deze problemen vrij

eenvoudig zijn op te lossen.

Tenslotte een relativerende opmerking: in dit onderzoek staat de problematiek tussen huisarts en specialist centraal. Het feit dat we binnen de eerste lijn minder knelpunten aantreffen dan tussen eerste en tweede lijn kan ten dele veroorzaakt zijn doordat we naar die eerste problematiek wat minder intensief hebben gezocht.

HOOFDSTUK 9 VOORWAARDEN VOOR EEN EXPERIMENT MET INTEGRALE FINANCIERING VAN VOORZIENINGEN

*(P.H.J. Bucking en R.L. Kamermans, Nederlands Instituut
voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO)*

9.1. Inleiding

Volgens de opdrachtbrief van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is het de bedoeling het huidige onderzoek te laten volgen door een project betreffende de samenhang van voorzieningen in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Hierbij moet rekening worden gehouden met de bestaande samenwerking in Hoogeveen en de uitkomsten van de knelpunteninventarisatie. Een experiment met integrale financiering van voorzieningen zal hiervan mogelijk deel uitmaken.

In deze fase van het onderzoek dient aandacht te worden besteed aan de voorwaarden waaronder een dergelijk experiment kan plaatsvinden. In de opdrachtbrief wordt echter niet aangegeven wat onder een 'experiment met integrale financiering van de gezondheidszorg in Hoogeveen' dient te worden verstaan. In dit hoofdstuk zullen wij om te beginnen nader inhoud geven aan het genoemde experiment om vervolgens aandacht te besteden aan een aantal voorwaarden waaronder een dergelijk experiment kan plaatsvinden. Daarna zal worden bezien in hoeverre de situatie in Hoogeveen in overeenstemming is (te brengen) met de genoemde voorwaarden. Gelet op de plaats van dit onderwerp binnen het huidige onderzoek kan dit hoofdstuk slechts een globaal en verkennend karakter hebben. In een eventuele vervolgstudie zal meer gedetailleerd op deze problematiek kunnen worden ingegaan. De conclusies die in paragraaf 9 staan weergegeven dienen tegen deze achtergrond te worden gezien.

9.2. Inhoud en doel van het experiment

Nog voordat we iets kunnen zeggen over voorwaarden waaraan voldaan moet worden om een experiment te laten plaatsvinden, is het noodzakelijk het experiment in elk geval in grote lijnen te beschrijven. In deze paragraaf gebeurt dit door achtereenvolgens de begrippen 'experiment', 'integrale financiering', 'gezondheidszorg' en 'Hoogeveen' nader toe te lichten.

Vervolgens zal worden ingegaan op het doel van een eventueel experiment in Hoogeveen.

Experiment

Onder experiment verstaan we in dit geval een tijdelijke uitzonderingssituatie voor de wijze waarop de gezondheidszorg in Hoogeveen wordt gefinancierd. Dit impliceert dat met instemming van alle betrokkenen het thans fungerende financieringsstelsel voor de duur van het experiment ten dele buiten werking dient te worden gesteld. De periode dient zodanig gekozen te worden dat zich daarin vraagstukken van velerlei aard voor (kunnen) doen. Onze gedachten gaan daarbij uit naar een periode van 3 tot 5 jaar.

Integrale financiering

Voor het experiment met integrale financiering van de gezondheidszorg in een beperkt gebied als Hoogeveen en voor een beperkte duur kan moeilijk de lokale bevolking als uitgangspunt worden gekozen. Dan zou namelijk naar een systeem gezocht moeten worden, waarbij de desbetreffende bevolking zich voor een bepaald bedrag verzekert van 'integrale zorg'.* Dit stuit op grote praktische problemen gezien het feit dat deze zorg niet alleen in Hoogeveen en omstreken wordt 'geconsumeerd' en de veelheid van lopende verplichtingen (verzekeringen) van de bevolking. Verder zou dit weinig afwijken van de huidige ziekenfondsverzekeringen.

Onze gedachten gaan uit naar één centraal orgaan dat een fonds beheert waaruit financiële middelen aan de betrokken gezondheidszorgvoorzieningen worden verstrekt. Dit fonds ontvangt van het publiek, van de verzekeringsinstellingen en van de overheden de gebruikelijke vergoedingen voor geleverde (gezondheidszorg-)diensten van zowel de instellingen als de vrij gevestigde beroepsbeoefenaren die bij het experiment betrokken zijn. De aangesloten instellingen en vrij gevestigde beroepsbeoefenaren worden vanuit dit fonds zoveel als mogelijk gefinancierd door middel van budgetten, die een zeker taakstellend karakter moeten hebben. De financiering van de voorzieningen ondergaat dus wel een wijziging, maar de tarieven

*Vergelijk de in de Verenigde Staten voorkomende Health Maintenance Organisations.

voor het publiek, de (ziekenfonds-)verzekeringsinstellingen en de overheden niet.

Gezondheidszorg

Tot de gezondheidszorg dienen in het kader van dit experiment te worden gerekend: alle voorzieningen (instellingen en vrije gevestigde beroepsbeoefenaren) die onder de ziekenfondsverzekering vallen en/of door het AFBZ (Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten) worden gefinancierd en de door de gemeente Hoogeveen gefinancierde activiteiten ten behoeve van geneeskundige dienstverlening en aanverwante zorg, zoals maatschappelijk werk, bejaardenzorg, gezinszorg, etcetera. Deze laatste categorieën dienen te worden opgenomen in het experiment om eventuele problemen rond substitutie en complementariteit van zorg te ontlopen.

Hoogeveen

Het experiment kan zich beperken tot de voorzieningen in Hoogeveen zelf. Door het experiment te koppelen aan de aanwezige voorzieningen in Hoogeveen neemt de problematiek rond de import en export van gezondheidszorg geen belangrijke plaats in. Bovendien kunnen er twee groepen van in het Bethesda-ziekenhuis opgenomen patiënten worden onderscheiden, namelijk diegenen die gebruik maken van bij het experiment betrokken extramurale voorzieningen (circa 70 % van de opgenomen patiënten) en de inwoners van overige gemeenten die door tussenkomst van niet bij het experiment betrokken voorzieningen in het Bethesda-ziekenhuis worden behandeld.

Het doel van het experiment

Het doel dat met dit experiment wordt nagestreefd is om te bezien of door het wegnemen van de directe relatie tussen de verleende zorg en het inkomen van de zorgverlenende voorzieningen veranderingen ontstaan in de omvang van de aangeboden diensten en de wijze waarop deze verleend worden. Zo is het met name de vraag of 'de gang van een patiënt door het gezondheidszorgstelsel' zich zal wijzigen en/of zal worden bekort. Daar het experiment speelt binnen het kader van een vervolgonderzoek naar de samenhang van voorzieningen in het kader van de WVG, kan tevens inzicht worden verkregen in bijvoorbeeld de meest wenselijk geachte taakomvang en -afba-

kening van alle betrokken zorgverleners indien dit niet financieel wordt beïnvloed.

Het experiment met integrale financiering van de gezondheidszorg zal dan bij de vaststelling van het uit te voeren beleid kunnen worden gehanteerd om bepaalde voorzieningen c.q. samenwerkingsverbanden te stimuleren en andere af te remmen. Zo kan de financiering een rol spelen bij de integratie van zorggebieden in de gezondheidszorg en tussen de gezondheidszorg en aanverwante gebieden van welzijnszorg.

9.3. Voorwaarden voor het experiment

Uitgaande van de huidige organisatie van de zorgverlening en de daarmee samenhangende, sterk verbrokkelde, financieringsstructuur van de gezondheidszorg, betekent integrale financiering van de gezondheidszorg in een regio een ingrijpende verandering en een afwijking van elke bestaande situatie in Nederland. De voorwaarden waaronder een dergelijk experiment kan worden uitgevoerd zijn zodoende niet uit de praktijk af te leiden. Echter, uit de beschrijving van het experiment in de vorige paragraaf volgen reeds enige voorwaarden. Verder kan een aanzet hiertoe worden gevonden in een aantal publicaties die zijn gewijd aan de regionale financiering van de gezondheidszorg (bijvoorbeeld Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1977; Schrijvers, 1981).

Uit paragraaf 9.2. volgt dat het om een uitzonderingssituatie gaat. Dit zal slechts op basis van vrijwilligheid van alle betrokken groeperingen kunnen geschieden. Tot deze groeperingen moeten worden gerekend:

- de overheid (lokaal, provinciaal, nationaal);
- de aanbieders van de zorg;
- de consumenten van de zorg;
- de verzekeringsinstellingen (waaronder de ziekenfondsen).

De betrokkenen dienen het experiment te accepteren, waarbij het aanwezig zijn van een informele structuur - persoonlijke contacten en dergelijke - het experiment in positieve zin kan beïnvloeden.

Uit bovengenoemde partijen dient een centraal orgaan te worden gevormd. Dit orgaan moet in eerste instantie een regionaal plan opstellen ten aanzien van de gewenste ontwikkelingen in de zorgverlening. In dit plan dient de behoefte aan voorzieningen in het betrokken gebied te worden omschreven en moet worden aangegeven welke aanvullingen of veranderingen in het aan-

wezige stelsel van voorzieningen in de jaren waarop het plan betrekking heeft, nodig zijn om in die behoefte te voorzien. Verder moet worden aangegeven welk beslag het plan legt op personele, materiële en financiële middelen (WVG, artikel 7).

Het regionale plan bevat deelplannen voor elke categorie van voorzieningen. De betrokken voorzieningen dienen hiervoor taakstellende begrotingen te hanteren, opdat het centraal orgaan deze begrotingen jaarlijks kan koppelen aan het regionale plan en adviezen kan opstellen ten aanzien van de convergentie van de instellingsbegrotingen en de regionale planning. Dit betekent bijvoorbeeld, dat aanwijzingen kunnen worden gegeven over de wijze waarop de samenhang in het functioneren dient te worden gerealiseerd. Dit behoeft geen volledige integratie van zorg te zijn, ook minder formele vormen van samenwerking kunnen worden bevorderd, zoals: coördinatie van de zorg door de verschillende hulpverleners. Ter ondersteuning van de werkzaamheden dient er een voldoende ontwikkeld informatiesysteem aanwezig te zijn, dat ter beschikking staat aan zowel het centraal orgaan als de betrokken voorzieningen. Door middel van dit informatiesysteem kunnen veranderingen ten aanzien van produktie en consumptie en de daarmee gepaard gaande kosten, tijdig worden gesignaleerd.

Voor het uitvoeren van de hierboven geschetste taken en activiteiten van het centraal orgaan, dient zij te beschikken over voldoende publiek-rechtelijke bevoegdheden. Tevens dient het centraal orgaan een fonds te beheeren.

Uit dit fonds worden de financiële middelen aan de betrokken voorzieningen verstrekt. Dit dient te gebeuren in de vorm van een budget. De hoogte hiervan moet in eerste instantie worden gekoppeld aan de uitgaven van de voorzieningen in het recente verleden. Tevens dient echter rekening te worden gehouden met trendmatige ontwikkelingen en eventuele gewenste veranderingen daarin. Voor de betrokken beroepsbeoefenaren kunnen daarbij bepaalde inkomstengaranties noodzakelijk zijn.

Het fonds ontvangt van het publiek, de verzekeringsinstellingen en van de overheden de gebruikelijke vergoedingen voor alle diensten die zijn geleverd door de bij het experiment betrokken voorzieningen. Waarschijnlijk zullen deze middelen ontoereikend zijn om in de experimentele fase alle kosten - waaronder die van het centraal orgaan - te financieren, zo-

dat rekening gehouden dient te worden met een aanvullende subsidie. Het bovenstaande impliceert dat het centraal orgaan over een goed geoutilleerd secretariaat dient te kunnen beschikken.

Tot slot geven we een puntsgewijze opsomming van de belangrijkste voorwaarden waaronder een experiment met integrale financiering van de gezondheidszorg in de regio Hogeveen kan plaatsvinden:

- een informele structuur tussen de betrokken groeperingen die de instelling van een centraal orgaan mogelijk maakt;
- een bepaalde mate van samenhang c.q. samenwerking tussen de aanwezige voorzieningen;
- een centraal orgaan dat zorg draagt voor de uitvoering van het experiment;
- een regionaal plan ten aanzien van de toekomstige ontwikkelingen van de zorgverlening;
- begrotingen van voorzieningen dienen een zeker taakstellend karakter te hebben;
- acceptatie door alle betrokkenen van het door het centraal orgaan ingevoerde financieringsstelsel en het buiten werking stellen van het tot nu toe gebruikelijke financieringsstelsel;
- een voldoende ontwikkeld informatiesysteem.

9.4. De situatie in Hogeveen

Het beeld ten aanzien van de informele structuur die bestaat tussen de betrokken partijen (zie hoofdstuk 4 tot en met 8) en de mate van samenwerking tussen de aanwezige voorzieningen (zie diagram 1 en 2), lijkt enige aanknopingspunten te bieden voor zover het de vorming van een centraal orgaan betreft. De betrokken beroepsbeoefenaren zijn, vanwege het geïsoleerde gebied, voor een groot deel op elkaar aangewezen, zodat men elkaar over het algemeen kent. De daadwerkelijke samenwerking tussen de gezondheidszorgvoorzieningen blijkt echter niet overal even ver gevorderd te zijn. Daarnaast geeft de samenwerking tussen de medische dienstverlening en de aangrenzende vormen van zorgverlening - maatschappelijk werk, gezinszorg, en dergelijke - ook een minder gunstig beeld te zien.

Verder blijkt uit een interview met enige functionarissen van de gemeente Hogeveen, dat deze gemeente zich terughoudend opstelt voor zover het

gaat om beïnvloeding van samenwerkingsverbanden in de lokale gezondheidszorg. De gemeente ziet voor zichzelf geen mogelijkheid daadwerkelijk bepaalde ontwikkelingen te stimuleren. Men is echter wel vóór samenwerking om op die manier méér samenhang tussen de voorzieningen te krijgen en overlappings tegen te gaan. Het lokale ziekenfonds is een zelfde mening toegedaan.

Uit het voorgaande is duidelijk dat het creëren van de genoemde uitzonderingssituatie niet gemakkelijk zal zijn en een centraal orgaan evenmin gemakkelijk tot stand zal komen. Dit houdt met name verband met bepaalde bevoegdheden van dit orgaan, die onder andere een verandering in taakomvang en taakafbakening kunnen betekenen. In de voorgaande hoofdstukken is duidelijk gebleken dat met name problemen rond de onderlinge taakafbakening een rol spelen bij het overleg tussen huisartsen en specialisten. Het verdient aanbeveling dat eerst deze problemen worden opgelost, zodat de instelling van een centraal orgaan niet onnodig wordt bemoeilijkt. Een eerste taak die een dergelijk orgaan dan te wachten staat is de ontwikkeling van een regionaal plan. Hier zou men aansluiting kunnen zoeken bij de WVG. Bij invoering van de WVG mag men van de daarbij betrokken partijen verwachten dat deze plannen zullen opstellen ten aanzien van die voorzieningen die onder hun verantwoordelijkheid vallen. Het centraal orgaan zou op basis daarvan een op de regio Hoogeveen toegespitst plan kunnen opstellen. Opgemerkt wordt dat binnen het kader van de WVG reeds bepalingen zijn opgenomen ten aanzien van de informatieplicht, zodat een informatiesysteem in de toekomst wel aanwezig zal zijn.

Op de vraag in hoeverre er problemen zullen ontstaan bij de voorzieningen ten aanzien van het hanteren van taakstellende begrotingen en het accepteren van het - door het centraal orgaan - in te voeren financieringsstelsel, is op dit moment nog geen bevredigend antwoord te geven. In een eventuele vervolgstudie moet hier meer gedetailleerd op worden ingegaan.

9.5. Conclusie

Een van de oogmerken van het experiment is het bevorderen van de onderlinge samenwerking tussen de verschillende voorzieningen. Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt echter, dat de problemen rond deze samenwerking niet primair van financiële aard zijn. Hierdoor kan men de vraag stellen in hoeverre de samenhang tussen de voorzieningen bevorderd wordt

door deze met sterk financieel gekleurde maatregelen te stimuleren. Indien men dit wenst door te voeren, moet men zich bewust zijn van een aantal factoren die belemmerend kunnen werken op de invoering van een integraal financieringsstelsel voor de gezondheidszorg. Deze factoren zijn in eerste instantie van structureel-organisatorische aard en in tweede instantie van financieel-economische aard. Wat betreft de structureel-organisatorische factoren lijken de problemen rond de taakafbakening en het samenstellen van een centraal orgaan met de genoemde bevoegdheden in Hoogeveen momenteel het grootst.

HOOFDSTUK 10 SAMENVATTING EN DISCUSSIE

In dit rapport is beschreven welke samenwerkingsrelaties er bestaan tussen de verschillende hulpverleners in en rond Hoogeveen, en welke knelpunten er in deze relaties worden onderkend. Deze knelpunten zijn onderscheiden naar knelpunten in de hulpverlening, alsmede financiële, procedurele en organisatorische knelpunten.

In de samenwerking tussen huisarts en specialist zijn de problemen tevens opgespoord met behulp van enkele in eerder onderzoek vruchtbaar gebleken verklaringen voor het tot stand komen c.q. in stand blijven van samenwerking.

Het materiaal is verzameld door telefonische interviews met een groot aantal hulpverleners. Huisartsen en specialisten kregen daarnaast nog een schriftelijke vragenlijst toegezonden. Op bescheiden schaal werd gebruik gemaakt van secundair materiaal.

In Hoogeveen wordt intensief samengewerkt, zowel op casuïstisch niveau (de samenwerking bij de behandeling van één bepaalde patiënt staat centraal) als op meer beleidsmatig niveau. Tussen de verschillende disciplines bestaan vele samenwerkingsrelaties, en ook binnen de disciplines is sprake van een tamelijk vërgaande mate van samenwerking en organisatie.

Evenmin als andere plaatsen waar wordt gepoogd samen te werken is Hoogeveen vrij gebleven van problemen. Binnen de eerste lijn zien we bijvoorbeeld het op vele andere plaatsen eveneens spelende probleem in de relatie huisarts-wijkverpleegkundige: doordat de huisarts niet wijkgebonden werkt, is er sprake van verre van identieke praktijkpopulaties. De grootste problemen treffen we te Hoogeveen echter aan tussen eerste en tweede lijn. Niet in de directe hulpverlening overigens: de vraag of de patiënt iets van de problematiek merkt, werd in alle gevallen negatief beantwoord. Ook financieel zijn er op dit punt geen problemen. Bij het huidige COTG-beleid behoeft een daling van het aantal verpleegdagen als gevolg van een verschuiving van de zorg van tweede naar eerste lijn binnen zekere marges ook niet tot financiële problemen te leiden.

Huisartsen lijken wat meer 'kosten' voor de samenwerking te moeten opbrengen dan specialisten (taakverzwaring en tijd), maar zijn daartoe

zeker bereid, omdat zij samenwerking nóg belangrijker vinden dan hun specialistische collegae, voor wie samenwerken overigens ook essentieel is. Het grootste (en eigenlijk enige) probleem tussen huisarts en specialist is te vinden in de onderlinge taakafbakening. Vooral over de rol die de huisarts nog zou moeten spelen bij de behandeling van een verwezen patiënt, bestaat verschil van inzicht: huisartsen 'claimen' aanmerkelijk meer dan de specialisten als redelijk ervaren. Het opschorten van het gestructureerde overleg tussen huisartsen en specialisten (tijdens de looptijd van het onderzoek) had ook uitsluitend deze taakafbakeningsproblematiek als oorzaak.

Het feit dat het initiatief tot het opschorten van het overleg is uitgegaan van de huisartsen is wel begrijpelijk. De huisartsen steken veel energie in de samenwerking, maar vinden te weinig van hun wensen gehonoreerd. Daarmee willen wij niet stellen dat naar onze mening de huisartsen ook inhoudelijk 'gelijk' zouden hebben; het gaat er slechts om te constateren dat de huisartsen de energie die zij besteden aan pogingen om meer invloed te krijgen in de tweede lijn niet zien resulteren in een feitelijk vergrote invloed. Het voortduren van zo'n situatie kan gemakkelijk leiden tot ernstige frustraties en tenslotte een breuk. Op twee manieren zou men uit de impasse kunnen komen: enerzijds kan men voor de huisarts de 'opbrengst' van de energie die hij in de samenwerking steekt, vergroten door hem méér invloed te geven in de tweede lijn (wat dus een zekere mate van terugtreden van de specialist zou vragen), anderzijds zou men de huisartsen kunnen vragen terug te treden en de scheiding tussen eerste en tweede lijn te accepteren. Met de laatste oplossing zou echter het integratieproces een voorlopig halt toegeroepen worden, en ook 'inhoudelijk' lijkt hij minder aantrekkelijk. In de huisartsgeneeskunde is al geruime tijd een proces gaande waarin de huisarts in toenemende mate opteert voor een centrale functie in de gezondheidszorg. Binnen de eerste lijn moet hij misschien wat 'inleveren' aan de andere disciplines (hoewel ook daar zijn centrale positie nog tamelijk onaangetast is), maar ten opzichte van specialist en ziekenhuis is een duidelijke tendens waarneembaar naar een versterking van de rol van de huisarts. Het gaat hier bepaald om méér dan een kopgroepje enthousiastelingen: versterking van de eerste lijn is een door de overgrote meerderheid van de huisartsen onderschreven doelstelling. De huisartsen staan daarbij in zoverre sterk, dat

zij zich in ruime mate gesteund weten door beleidsinstanties. De experimenten met diagnostische centra en de voorstellen om te komen tot een nieuw stelsel van advies- en behandelkaarten ter vervanging van de huidige verwijs- en herhalingskaarten zijn hiervan slechts enkele voorbeelden. Aan de andere kant gebeurt er ook het nodige aan de kant van het ziekenhuis. Een grote hoeveelheid publicaties van de laatste jaren vraagt de aandacht van specialist en ziekenhuis voor de psychosociale aspecten van ziekte en gezondheid. Het beeld van de specialist als de sterk orgaan-gerichte medisch-technische arts met weinig belangstelling voor de persoon van de patiënt is in een aantal gevallen niet (meer) juist. Het lijkt niet al te gedurfd om te veronderstellen dat juist in een situatie waar de voorwaarden voor intensief contact tussen specialisten en huisartsen gunstig zijn (zoals in Hoogeveen, waar bijna alle patiënten naar het plaatselijke ziekenhuis worden verwezen, en bijna alle opgenomen patiënten plaatselijke patiënten zijn) de specialist geneigd zal zijn zijn rol als 'technicus' minder en zijn rol als hulpverleners méér te benadrukken. Een paradoxaal aandoend gevolg is dat juist in een dergelijke gunstige aanvangssituatie huisarts en specialist sneller in conflict zullen komen door competentieproblemen: de specialist die het tot zijn taak rekent om, zo nodig, de patiënt psychosociale begeleiding te geven, voelt zich door de huisarts voor de voeten gelopen, en de huisarts die zijn patiënt ook in de tweede lijn wil begeleiden vindt daar de specialist op zijn weg. De taken die de Hoogeveense huisartsen claimen zijn, als we hen voor zover mogelijk vergelijken met huisartsen buiten Hoogeveen, niet overdreven: ook landelijk wordt aan de rol van de huisarts in de tweede lijn grote betekenis toegekend. Wij geloven dan ook niet dat de verlangens van de Hoogeveense huisartsen onredelijk zijn of dat ze daarmee te ver gaan. Anderzijds dienen de huisartsen ervoor te waken de specialist voor de voeten te lopen. Als, om een voorbeeld te noemen, de specialist uitstekend in staat blijkt om de patiënt in te lichten over zijn ziekte en de huisarts hiervan terstond mededeling doet, dan lijkt het een onnodige complicatie als de huisarts dit inlichten exclusief als zijn eigen terrein claimt en de specialist 'verbiedt' zich hiermee bezig te houden. Naar onze mening moet te Hoogeveen gezocht worden naar een evenwicht, waarbij de specialist in de eerste plaats consulent is voor de huisarts, echter met behoud van een eigen professionele verantwoordelijkheid.

Kort gezegd zou als uitgangspunt kunnen dienen: 'de behandelend arts is de huisarts, tenzij' Er kunnen zich uiteraard omstandigheden voordoen waarin de specialist meent de behandeling geheel in eigen hand te moeten nemen. De 'bewijslast' daarvoor zou dan echter bij hem dienen te liggen.

Als de specialist bereid zou zijn het kleine stapje terug te gaan zoals wij bepleiten, moet hij er wel vanuit kunnen gaan dat zijn consulent-functie in principe verantwoord is. Waar nodig zal de huisarts bereid moeten zijn zich bij- en na te scholen; enige vorm van onderlinge toetsing zal daarbij positief kunnen werken.

Een manier om de samenwerking weer vlot te trekken is het pogen op te stellen van protocollen: afspraken over de behandeling van veel voorkomende aandoeningen, die zowel eerste- als tweedelijsaspecten hebben. In het ziekenhuis Oudenrijn (zie Wijkel en Van der Grijn, 1982) is met deze vorm van taakafbakening enige ervaring opgedaan, waarbij is gebleken dat het streven naar protocollen zeer verhelderend kan werken met betrekking tot de wederzijdse verrichtingen en, hoewel niet eenvoudig, zeker tot een bevredigende afstemming van eerste- en tweedelijszorg kan leiden. Als deze protocollen eenmaal tot stand zijn gekomen zou de naleving van de afgesproken taakverdeling wel geëvalueerd moeten worden. Om te voorkomen dat huisartsen en specialisten wederom als twee blokken tegenover elkaar komen te staan, zou deze evaluatie ook binnen de twee groepen moeten plaatsvinden. 'Voortrekkers' binnen beide groeperingen kunnen dan hun collegae gemakkelijker over de streep halen. Deskundige hulp van buitenaf bij het oplossen van de problemen zou, vooral als het gaat om advisering over te volgen procedures, wel van nut kunnen zijn, maar de betrokkenen dienen in eerste instantie de problemen zelf op te lossen. De ontwikkelingen te Hoogeveen zijn immers niet meer dan een illustratie van de overal wat vervagende grenzen tussen eerste en tweede lijn.

Een experiment met een integrale financiering zal aan de oplossing van deze taakafbakeningsproblemen weinig bijdragen; eerder zou gesteld kunnen worden dat deze problemen in ieder geval moeten zijn opgelost, voordat aan zo'n experiment begonnen wordt.

Uitgaande van een experiment zoals omschreven in hoofdstuk 9, zijn andere voorwaarden waaraan voldaan moet worden: de instelling van een centraal orgaan dat zorg draagt voor de uitvoering van het experiment, een plan

voor de toekomstige ontwikkeling van de gezondheidszorg, taakstellende begrotingen voor de voorzieningen, een voldoende ontwikkeld informatie-systeem en acceptatie van dit alles door alle betrokkenen op vrijwillige basis.

Uitgaande van hetgeen in de voorgaande hoofdstukken is genoemd lijkt een experiment met integrale financiering van de gezondheidszorg in Hoogeveen alleen een kans te maken als de onderlinge taakafbakening en samenwerking beter bespreekbaar zijn dan momenteel het geval is.

LITERATUURLIJST

- Abbink, C.A., Brouwer, H.A. en Huygen, R.F.C., huisartsen, en Harmsen, H.H. en Jansen, J.D. apothekers, De commissie ter uniformering van receptuur te Hoogeveen en omstreken. In: Huisarts en Wetenschap 20, 446, 1977.
- Afsprakenboek. Huisartsenberaad en medische staf ziekenhuis Bethesda.
- Aukes, L.C., Het herstel van de eenheid van het medisch handelen in teamverband volgens het revalidatiemodel en het klinisch-psychologische model van denken. Berichten uit een ziekenhuisonderzoek nr. 5, april 1980.
- Boertje, A.L., Integratie van Eerste- en Tweedelijns Gezondheidszorg. Konsekwenties voor het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen, 1977.
- Boots, J. en Zutphen, W. van, Taakopvatting van de huisarts. In: Medisch Contact nr. 3, 16 januari 1981.
- Brand, H.J., Huisartsen en specialisten in gesprek over samenwerking. Huisarts en specialist XIV. In: Medisch Contact 29, 1035, 1974.
- Bruins, C.P., Ondergrondse communicatieproblemen. Huisarts en specialist XI. In: Medisch Contact 29, 937, 1974.
- Burkens, J.C.J., Consultatie in beide richtingen. Huisarts en specialist IV. In: Medisch Contact 29, 705, 1974.
- Burns, Thomas, A structural theory of social exchange. University of New Hampshire. In: Acta Sociologica, 16 (1973) nr. 3, 285-302.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake gedecentraliseerd financieel beleid in het kader van de regionalisatie van de gezondheidszorg, 1977.
- Does, E. van der, Samenwerking huisarts-specialist met betrekking tot de patiëntenzorg in de thans bestaande structuur der gezondheidszorg. Huisarts en specialist X. In: Medisch Contact 29, 914, 1974.
- Does, E. van der, Poel, G. Th. van de, Pannevis, Mw. M., Aspecten van de samenwerking huisarts-apotheker. In: Medisch Contact, nr. 18, 1 mei 1981.
- Dopheide, J.P. (NHI), Cock, G.J.M. de (NZI), Witte, Jac. J. (NIPG/TNO), Vooronderzoek integratie eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg te Hoogeveen, Leiden, 1978.
- Dopheide, J.P. en Zee, J. van der, Verwijscijfers en diagnostische facili-

- teiten voor huisartsen. Medisch Contact 35, p. 879-884, 1980.
- Dopheide, J.P., Verwijzingen door de huisarts, Enkele determinanten van het verwijscijfer van solo-huisartsen op het verstedelijkt platteland en forensengemeenten, Utrecht, 1982.
- Drogendijk, C.A., Ziekenhuis-wijkverpleging: een paar apart. Verslag van een onderzoek naar de invloed van verkorting van de verpleegduur op de vraag naar verpleegkundige nazorg. In: MGZ., 9e jaargang, nr. 9, sept. 1981.
- Duursma, S.A., Huisarts en specialist. Een model voor samenwerking. In: Medisch Contact, nr. 7, 13 februari 1981.
- Graaf, H. de, Samen werken aan samenwerking. Samenvatting van 'op één lijn in de eerste lijn!?', 's-Gravenhage, 1975.
- Greve, W.B. de en Vrakking, W.J., Enkele verklaringen voor de samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn, Leiden, 1982.
- Greve, W.B. de, Vrakking, W.J. e.a., Strategie van samenwerking tussen organisaties in welzijns- en gezondheidswerk, Lochem, 1980.
- Haan, M.C. den, Huisarts en ziekenhuis. Huisarts en specialist III. In: Medisch Contact, nr. 29, 675, 1974.
- Heckman, J., De Huisarts als spil in de gezondheidszorg. Huisarts en specialist IX. In: Medisch Contact 29, 880, 1974.
- Huizing, L., Hoogeveen project model voor landelijke ontwikkeling. Overleven in gezondheidszorg voor patiënten zonder inspraak. In: Drenthe, provinciaal maandblad, jaargang 51, augustus 1980.
- Hutter, F.J. en Reenders, K., huisartsen te Hoogeveen, Huisartsenberaad. Een andere vorm van samenwerken. In: Huisarts en Wetenschap 20, 154, 1977.
- Jaarverslagen 1978, 1979, 1980, Ziekenhuis Bethesda, Verpleeghuis Weidesteyn.
- Jaspers, Frans, Hamel, Jan en Schrijvers, Guus, Artsen in dienstverband, WBS-publicatie, Deventer 1980.
- Laurijssens, I. Blanken, K. Freriks, J., Holtmaat, H., Pon, M. en Sorgdrager, J., Samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen. In: Huisarts en Wetenschap 22, 62, 1979.
- Leclerq, R.M.F.M., Het functioneren van de huisarts. De poortwachter en zijn schild. In: Medisch Contact, nr. 31, 1 aug. 1980.
- Ledenvergaderingen sectie ziekenhuizen van de NZR, Samenwerking eerste-

en tweedelijns gezondheidszorg in de praktijk gebracht in Hoogeveen. Syllabus samengesteld door medewerkers van het Bethesda-ziekenhuis en de eerstelijnsgezondheidszorg in Hoogeveen, 1977.

Mansvelt, dr. J. van, Suggesties ten aanzien van de samenwerking tussen huisarts en specialist. Huisarts en specialist V. In: Medisch Contact 29, 734, 1974.

Melker, R.A. de, Knelpunten in de samenwerking huisarts-specialist. Huisarts en specialist II. In: Medisch Contact 29, 631, 1974.

Melker, R.A. de, Samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. In: 254, Nederlands Tijdschrift Fysiotherapie, 9, 1981.

Melker, R.A. de, Ziekenhuispatiënt-huisarts-huisgezin. Een exploratief inventariserend onderzoek, Nijmegen, 1973.

Meyboom, W.A. en Casparie, A.F., Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. In: Medisch Contact, nr. 33, 15 augustus, 1980.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Directoraat-Generaal van de Volksgezondheid Stafbureau Beleidsontwikkeling/Sectie Organisatie Gezondheidszorg, Evaluatie proefregio's volksgezondheid. Ervaringen met en van de proefregio's en hoofdlijnen van het toekomstig regionalisatiebeleid, januari 1980.

Notities van het Overlegorgaan.

Notulen Commissie Samenwerking Eerstelijns.

Notulen van het Huisartsenberaad.

Notulen Plaatselijke Huisartsen Vereniging Hoogeveen.

S1-project, Halfjaarlijkse rapportage, eerste helft 1981, Bunnik 1981.

Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Directoraat-Generaal van Volksgezondheid. Directie Algemene Gezondheidszorg, Leidschendam 1980.

Schrijvers, A., Regionaal budgetteren in de gezondheidszorg: hoe ermee te experimenteren? Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen, Utrecht 1981.

Verslag van de werkdag over samenwerking tussen 1e en 2e lijns gezondheidszorg, onder auspiciën van de 'Werkgroep Interorganisationele samenwerking' van de orde van organisatiedeskundigen en -adviseurs.

Visser, ir. G.R., Interdisciplinaire samenwerking en organisatie. In: Medisch Contact nr. 15, 11 april 1980.

Wijkkel, D. en Grijn, D. van der, Huisarts en Diagnostisch Centrum, Utr.'82.

BIJLAGE 1

Vragenschema (telefonisch) interview Project Hoogeveen

-BESTAANDE SAMENWERKINGSCONTACTEN

1. Met welke hulpverleners of instellingen onderhoudt U samenwerkingscontacten? (Gedacht wordt aan: huisartsen(beraad), wijkverpleging, maatschappelijk werk, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten, gezinszorg, specialisten, Drents Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, gemeente, ziekenfonds).
2. Zijn deze samenwerkingscontacten continu of niet continu?
3. Zijn er samenwerkingscontacten waarbij méér dan een van de door U onder vraag 1 genoemde partijen tegelijk betrokken zijn?
4. Zijn er ten behoeve van genoemde samenwerkingscontacten formele afspraken gemaakt?
5. Wie heeft het initiatief tot de samenwerkingscontacten genomen?
6. Wanneer is dat geweest?
7. Om wat voor samenwerkingscontact(en) gaat het?
 - 1) Werkinhoudelijk contact betreffende één bepaalde patiënt
 - 2) Zorgverlening in het algemeen
 - 3) Andere
8. Vinden de contacten plaats via:
 - a) Telefoon
 - b) Bespreking/Vergadering
 - c) Koffie-uurtjes

-BIJ VERGADERINGEN

9. Worden de vergaderingen op vaste tijdstippen gehouden?

10. Gaat het om frequent gehouden vergaderingen?

11. Hoeveel tijd vergen de vergaderingen?

- . <1 uur
- . 1-2 uur
- . >2 uur

12. Staat de geïnvesteerde tijd in goede verhouding tot het rendement?

13. Komen bij deze vergaderingen steeds dezelfde personen bij elkaar?

14. Komt het voor dat er personen regelmatig niet op de vergaderingen aanwezig zijn?

15. Wat is de reden hiervoor?

16. Wie bepaalt de agenda van de vergaderingen?

17. Wordt deelname aan deze vergaderingen vergoed?

18. (Indien ja): Door wie dan?

19. Worden er in de vergaderingen afspraken gemaakt of besluiten genomen waaraan men zich dient te houden?

20. Houdt iedereen zich eraan?

21. Wie niet?

22. Wat zijn de gevolgen daarvan?

-VERWACHTINGEN EN DE REALITEIT

23. Met welke verwachtingen is men toendertijd aan de samenwerkingscontacten begonnen?

24. In hoeverre zijn deze verwachtingen gerealiseerd?

25. Denkt iedereen hier hetzelfde over?

26. (Indien een samenwerkingsrelatie bij de verwachtingen achterblijft):
Wat is daar de oorzaak van?

27. Waartoe leiden eventueel bestaande knelpunten binnen samenwerkingscontacten?

28. Zijn hier oplossingen voor te bedenken?

-NIET MEER BESTAANDE SAMENWERKINGSCONTACTEN

29. Zijn er ook ooit samenwerkingscontacten onderhouden met hulpverleners of instellingen die niet meer van kracht zijn?

30. Wat was de oorzaak van de beëindiging van deze contacten?

31. Wat merkt de patiënt van de momenteel bestaande samenwerkingscontacten?

32. Wat merkt de patiënt van de eventuele problemen daarbinnen?

33. Wat merkt de patiënt van de verbroken samenwerkingscontacten?